

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

583

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1899, à 9 heures

Par M. CUELLAR

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

ET EN PARTICULIER DE LA MÉTHODE DE BOTTINI

Président : M. GUYON, Professeur.

*Juges : MM. } RECLUS, Professeur.
 } BROCA (AUG.) et ALBARRAN, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N° 583

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1899, à 9 heures

Par M. CUELLAR

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

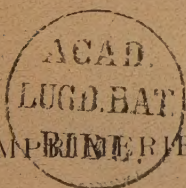
L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

ET EN PARTICULIER DE LA MÉTHODE DE BOTTINI

Président : M. GUYON, Professeur.

*Juges : MM. } RECLUS, Professeur.
 } BROCA (Aug.) et ALBARRAN, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.		BROUARDEL.
	Professeurs.....		MM.
Anatomie			FARABEUF.
Physiologie.....			CH. RICHET.
Physique médicale.....			GABIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....			GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....			BOUCHARD.
Pathologie médicale.....			DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....			HUTINEL.
Anatomie pathologique.....			LANNELONGUE.
Histologie.....			CORNIL.
Opérations et appareils.....			MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.....			TERRIER.
Thérapeutique.....			POUCHET.
Hygiène.....			LANDOUZY.
Médecine légale.....			PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....			BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....			N...
Clinique médicale.....			CHANTEMESSE.
Maladies des enfants.....			POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....			JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....			HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.....			DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.....			GRANCHER.
Clinique ophthalmologique.....			JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....			FOURNIER.
Cliniques d'accouchements.....			RAYMOND.
			BERGER.
			DUPLAY.
			LE DENTU.
			TILLAUX.
			PANAS.
			GUYON.
			BUDIN.
			PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES de la TOU-	MENÉTRIÉR.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	RETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SÉBILLEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERRY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Membre de l'Institut

INTRODUCTION

Depuis quelques années, le traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate préoccupe beaucoup le monde médical.

Pendant deux ou trois ans, on ne parlait que des résultats surprenants obtenus par les opérations, sur l'appareil testiculaire.

A présent, nous voyons un grand nombre d'observations qui tendent à démontrer que c'est l'opération de Bottini qui doit remplacer toutes les autres méthodes de traitement de l'hypertrophie de la prostate.

En présence de ces opinions qui semblent s'exclure réciproquement, il serait intéressant et utile de réunir, dans notre thèse inaugurale, les résultats obtenus jusqu'à présent par les opérations dirigées contre la glande prostatique hypertrophiée. Ceux qui ont été produits par les opérations sur l'appareil testiculaire, nous les trouvons dans l'excellent travail de MM. Albarran et Motz; la prostatectomie est bien étudiée dans le travail de M. Pradal.

Quant aux autres qui sont le produit de la méthode

Bottini, il n'existe, jusqu'à présent aucun travail où ils soient traités d'ensemble. C'est à cause du manque d'un travail pareil, que nous nous occuperons, un peu plus longuement, de cette méthode, et nous citerons toutes les observations que nous avons pu retrouver.

Mais, auparavant, il nous reste un devoir à remplir, agréable entre tous, celui de remercier les Maîtres qui se sont intéressés à nous.

Nous garderons, de notre passage à l'hôpital Necker le plus doux souvenir. Par l'extrême bienveillance et la bonté qu'il nous a témoignées, M. le Professeur Guyon nous a rendu impuissant à nous acquitter jamais de la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui. Qu'il nous soit permis ici de lui en offrir l'hommage le plus sincère.

Nous devons également remercier M. le Docteur Albarran, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, dont l'enseignement a été si précieux pour nous.

Au Laboratoire de la Terrasse, nous avons suivi les travaux de M. Motz qui a été pour nous un maître et un ami. Nous n'oublierons jamais combien nous lui sommes redevable, et nous sommes heureux de lui adresser nos sincères et affectueux remerciements.

A. — OPÉRATIONS SUR L'APPAREIL TESTICULAIRE.

Avant d'entrer dans l'exposé des résultats obtenus par l'opération sur l'appareil testiculaire, il faut dire quelques mots de l'influence qu'exercent ces opérations sur la prostate.

La castration double, pratiquée pour la première fois par Ramum, a pour but de provoquer l'atrophie du tissu glandulaire et musculaire des prostates hypertrophiées. Les expériences pratiquées sur les animaux par Rammu, White, Guyon, Legueu, Albarran, Motz et par beaucoup d'autres auteurs, ont démontré que les différentes opérations pratiquées sur l'appareil testiculaire provoquent un trouble de nutrition marquée surtout dans le tissu glandulaire et musculaire qui peut, dans certains cas aboutir à l'atrophie complète de ces deux éléments nobles de la glande prostatique. Appliquées aux prostates hypertrophiées, certaines opérations sur l'appareil testiculaire, ont donné des résultats analogues. Il est pourtant nécessaire de savoir dans com-

bien de cas cette méthode peut être employée. Il n'y a que l'étude de la structure histologique des prostates hypertrophiées qui peut répondre à cette question.

Cette question a été beaucoup éclairée grâce aux travaux de M. Motz et de MM. Albarran et Hallé.

M. Motz (1) nous donne l'examen histologique de 30 prostates hypertrophiées. Sur ces 30 prostates, il y a eu 19 prostates (63 p. 100) où le tissu glandulaire est abondant, 10 prostates (33,5 p. 100) où il y a très peu de ce tissu, et 1 prostate (3,5 p. 100) où il n'existe pas.

Le stroma est constitué par du tissu musculaire et conjonctif, où l'on voit cheminer des vaisseaux.

Le *tissu musculaire* est formé par des fibres lisses. Son développement est en rapport direct avec celui du tissu glandulaire. Il ne manque que dans les prostates très sclérosées.

Le *tissu conjonctif* est riche en noyaux colorables. On ne trouve du tissu sclérosé que dans les prostates atteintes d'artério-sclérose.

L'*infiltration embryonnaire* du stroma n'est pas rare au voisinage des vaisseaux enflammés.

L'état des vaisseaux est extrêmement variable ; normaux ou atteints d'une légère congestion, dans certains cas ils présentent des lésions d'endo, et péri-artérite dans d'autres.

Sur 30 prostates, M. Motz a trouvé : dans 16 cas les vaisseaux complètement normaux, dans 15 cas ils

(1) Motz. Contribution à l'étude de la structure histologique de l'hypertrophie de la prostate. Paris, 1896.

étaient seulement congestionnés, et dans 9 cas ils étaient atteints d'endo et péri-artérite.

MM. Albarran et Hallé (1) ont également trouvé que : « Les lobules glandulaires altérés, hypertrophiés, dilatés, proliférés forment dans presque tous les cas la majeure partie du tissu pathologique. »

Ces recherches nous prouvent que les opérations sur l'appareil testiculaire, dont le but est l'atrophie des éléments nobles de la prostate, sont applicables presque dans tous les cas.

I. Castration double.

Avec MM. Albarran et Motz (2), nous étudierons les effets de la castration double dans les cas de :

- a. Rétention *chronique complète* ;
- b. Rétention *chronique incomplète*, et
- c. Rétention *aiguë*.

a. *Rétention chronique complète*. — Dans leur statistique, portant sur 49 cas, soit personnels, soit appartenant à d'autres chirurgiens, ces auteurs constatent 10 morts, 5 échecs, au point de vue de rétablissement de la miction ; 14 cas dans lesquels la miction spontanée est reve-

(1) Compte-rendu de la Société de Biologie, 1898.

(2) Albarran et Motz. Etude expérimentale et clinique sur le traitement de l'hypertrophie de la prostate, par les opérations pratiquées sur le testicule et ses annexes. 1898.

nue en partie, et 20 malades guéris qui pouvaient vider leur vessie complètement.

« Sur 39 malades ayant survécu à l'opération, 5 seulement n'ont pas uriné spontanément. Chez 4 de ces malades, l'observation n'a été prolongée que de trois semaines à trois mois, et tous les quatre ont été obligés de se sonder moins fréquemment. Un seul échec a été constaté après un an.

« Chez les 34 autres malades, la miction a commencé, en moyenne, quinze à vingt jours après l'opération, souvent quelques heures et rarement deux mois après.

« L'amélioration des malades est généralement progressive, et marche de pair avec la diminution de volume de la prostate qui peut manquer quelquefois. »

On a observé des guérisons dans des rétentions datant de trois à dix-huit mois.

Il n'est pas possible d'établir une relation entre les résultats thérapeutiques et la variété (dure ou molle) de l'hypertrophie de la prostate.

b. Rétention chronique incomplète. — « Sur 37 malades atteints de *rétention chronique incomplète* ayant survécu à la double castration, il y a eu 34 améliorations ou guérisons au point de vue de l'évacuation de la vessie, et, parmi les cinq autres observations, une seule est de date suffisamment ancienne pour qu'on puisse dire que le résidu est resté le même. Dans tous les cas, la fréquence des mictions est devenue moindre. Dans cinq cas, la guérison persistante a été constatée de six à dix-huit mois après l'opération. »

c. *Rétention aiguë*. — Sur 20 malades atteints de rétention aiguë, nous trouvons trois morts rapides ; dans les 17 autres cas la miction spontanée s'est rétablie avec une rapidité surprenante. La miction spontanée a eu lieu quelques heures, quelques jours et dans les cas les plus tardifs, un mois après l'opération.

Il est à remarquer qu'aucun auteur n'a signalé la récidive, au point de vue de rétention, chez des malades opérés.

d. *Prostatiques avec dysurie sans rétention d'urine*. — Sur 14 observations, nous trouvons : une mort rapide, un résultat non indiqué, sept guérisons et quatre améliorations. L'amélioration débute généralement dans les premiers jours, parfois quelques semaines après l'opération.

Voyons maintenant quels sont les dangers de cette opération.

Le chiffre de *mortalité*, 14,50 p. 100, ne dépasse pas la mortalité habituelle dans les hypertrophies de la prostate grave, et encore est-il dû à la gravité exceptionnelle des cas opérés. Chez quelques malades on a observé de la faiblesse, de l'inaptitude au travail, troubles généralement passagers.

Enfin il n'est pas rare de voir apparaître chez des opérés des troubles psychiques variables, allant de la dépression intellectuelle au délire et à la manie aiguë, troubles de peu de durée habituellement.

Indications de la castration.

L'étude détaillée des observations d'Albarran et Motz nous montre les résultats brillants obtenus par la castration double. Mais avec eux nous sommes obligés d'attirer l'attention sur deux inconvénients de cette opération : 1° il s'agit d'une mutilation que le malade n'accepte que difficilement ; 2° l'opération est assez grave pour compromettre la vie des malades surmenés et épuisés par leur passé pathologique. C'est pourquoi l'opération n'est en réalité indiquée que dans les cas « de rétention chronique complète ou même incomplète toutes les fois que le cathétérisme méthodiquement employé ne suffit pas à guérir la rétention ». Albarran et Motz.

Cette opération devient une opération de choix, quand l'hypertrophie de la prostate se complique des *hémorrhagies* et des *orchites* dues à l'infection par le cathétérisme.

Enfin, *les difficultés du cathétérisme* constituent une bonne indication.

MM. Albarran et Motz ne reconnaissent qu'une *contre-indication* : c'est l'existence d'une saillie prostatique intra-vésicale.

Contrairement à l'opinion de M. Desnos, Albarran et Motz sont d'avis que la castration peut agir dans ces cas ; ils avouent cependant que l'action de la prostatectomie est beaucoup plus efficace.

Il y a, pour M. Saucin, de Bâle, une autre contre-indication : c'est la nature fibreuse de l'hypertrophie de la prostate, les effets de la castration étant presque nuls dans ces cas.

Or, ainsi que l'a montré Motz dans sa thèse, il est très difficile, sinon impossible, de reconnaître par le toucher la structure histologique de la prostate ; d'autre part, même dans les cas d'hypertrophie fibreuse, on trouve du tissu glandulaire abondant, tissu qui peut rétrocéder.

La perte de la contractilité de la vessie n'est pas une contre-indication pour la castration double. Il est vrai que cette contractilité de la vessie a une grande importance au point de vue des résultats opératoires (Albarran, Congrès de Chirurgie, 1895), mais il n'est pas rare de voir la contractilité revenir, lorsque la vessie est régulièrement évacuée (1).

Quant à la sclérose vésicale qui causerait la perte de contractilité, elle est très rare ainsi que l'a démontré M. Genouville (1894).

Castration unilatérale.

A côté de la castration double, nous allons étudier les effets d'une autre opération facilement acceptée des malades : *la castration unilatérale*.

(1) Guyon et Albarran. Arch. de Méd. Expér., 1891.

Publiée pour la première fois par White (1), cette opération a été pratiquée par d'autres auteurs soit sur l'homme, soit sur les animaux.

Pavone, Pzzewalski, Caminiti l'ont étudiée expérimentalement.

Albarran et Motz ont pratiqué la castration unilatérale sur cinq chiens adultes.

Chez deux animaux ils n'ont constaté de différence, ni macroscopiquement ni microscopiquement, deux et trois mois et demi après l'opération.

Chez les trois autres, après trois mois et trois mois et demi, il a constaté une asymétrie plus ou moins prononcée entre les deux lobes.

Microscopiquement, on constatait dans ces trois cas une atrophie variable de la glande, mais beaucoup moindre qu'après la castration double.

L'atrophie, tout en étant un peu plus prononcée du côté opéré, est généralisée à toute la glande. L'atrophie débute et se trouve plus accentuée dans les portions périurétrales de la prostate que dans sa partie périphérique.

Sur douze observations des prostatiques chez qui on a pratiqué la castration unilatérale, six fois la castration fut faite pour des affections testiculaires.

A première vue cette opération donnerait de très bons résultats, car sur douze cas on trouve un mort, trois améliorations, sept guérisons et un résultat nul. Mais les résultats changent si l'on a soin d'examiner les observations.

(1) White, Med. News, 1895, 9 février.

Une seule fois l'opération a été faite pour une *réten-tion aiguë* (Weber); la rétention aurait disparu et la prostate diminuée de volume.

Six fois l'intervention a été pratiquée chez des individus qui présentaient de la *dysurie* et de la *cystite* sans qu'on pût savoir s'ils avaient une rétention; chez cinq de ces malades la prostate diminua de volume, et la guérison survint quelques semaines après l'opération; chez le sixième il n'y avait pas de diminution de volume de la prostate.

Dans deux cas seulement il s'agit de *réten-tion chronique complète*; une fois le malade a pu uriner spontanément (Fulton), dans l'autre, l'opération a échoué.

Enfin la prostate diminua de volume dans les deux cas de Remondino:

Il s'ensuit de l'étude de ces observations que l'opération est suivie, dans les premières semaines, d'une notable amélioration des symptômes fonctionnels, et quelquefois de la diminution de la prostate.

Mais ne s'agit-il pas là d'une simple décongestion de peu de durée, d'autant plus qu'on a vu des hypertrophies de la prostate se développer chez des individus opérés d'un côté? Telle l'observation des deux monorchides devenus prostatiques (Motz) et l'observation de Hayes-Agnew.

Nous voyons donc que les effets de l'opération sont douteux, que l'amélioration obtenue est peu prononcée. C'est pourquoi nous ne voyons pas d'indications d'y avoir recours pour le traitement de l'hypertrophie prostatique.

III. Résection des canaux déférents.

La résection des canaux déférents pratiquée pour la première fois avec succès par Harrisson (1), a bientôt donnée de très bons résultats entre les mains des chirurgiens en France et en Allemagne. Très en vogue en France jusqu'à 1897, elle est abandonnée ensuite à cause des insuccès de plus en plus fréquents.

Avant d'étudier les observations publiées, examinons les résultats expérimentaux obtenus par les auteurs. Ce qui nous frappe tout d'abord, c'est la différence de ces résultats suivant les auteurs.

Tandis que White et Kirby, Pavone et Caminitti obtiennent chez le chien des résultats assez satisfaisants, il n'en est pas de même pour les auteurs français. Legueu (2), sur cinq cas, a trois négatifs, un douteux et un seul où l'on constate une atrophie de la prostate.

Albarran et Motz nous donnent les résultats de neuf expériences.

Ils ne trouvent aucune modification du côté de la prostate chez trois chiens sacrifiés trois jours, un mois et trois mois après. Chez les six autres sacrifiés, de trois à quatre mois après la résection, on trouve quatre fois une atrophie minime, une fois une atrophie atteignant

(1) Harrisson. *Britisch Medical Journal*, 1893.

(2) Legueu. *Archives de Physiol.*, 1896, p. 154.

la moitié de l'organe, et une fois seulement l'atrophie a porté sur l'organe tout entier.

Ces auteurs se demandent s'il ne faut pas attribuer une certaine influence, dans la production de l'atrophie, à la section des nerfs du cordon, la résection du canal déférent, seul, ne donnant qu'une atrophie inconstante, tardive et moins accusée que la castration double.

Résultats de la résection double des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate.

1^o *Prostatiques avec rétention aiguë.* — Sur onze observations, Albarran et Motz trouvent un mort, deux échecs, cinq améliorations et trois guérisons. Les malades ont commencé à uriner, spontanément, deux ou trois jours après l'opération, quelques-uns de huit à douze jours, et un seulement trois semaines après.

2^o *Cas douteux de dysurie et de rétention incomplète.* — Sur quarante observations, un mort, un échec, quatre guérisons et cinq améliorations. Les résultats sont donc favorables.

3^o *Cas de rétention chronique incomplète.* — Sur neuf observations, nous trouvons trois résultats nuls au point de vue de la diminution du résidu, deux améliorations, trois guérisons et un mort. Il y a lieu de signaler que, chez tous les malades, l'amélioration (diminution du résidu) survient très peu de temps après l'opération;

la congestion paraît donc jouer un assez grand rôle dans l'apparition des phénomènes de rétention.

4^e *Rétentions complètes chroniques.* — Sur dix-neuf cas, on constate cinq décès, huit résultats nuls, trois améliorations et trois guérisons. La proportion d'échecs est de 57 pour 100 sans tenir compte des décès.

En comparant les résultats opératoires de la résection double des canaux déférents à ceux obtenus par la castration double, nous voyons que :

1^o Dans les *cas de rétention aiguë*, elle donne des résultats aussi bons que la castration ;

2^o Il en est de même dans les cas douteux de *dysurie* et de *rétention incomplète* ;

3^o Dans la *rétention chronique incomplète*, tandis que nous avons, sur trente-sept malades, trente-quatre guérisons ou améliorations, soit à peu près 10 pour 100 d'échecs après la castration, nous trouvons après la résection trois échecs sur neuf cas, soit 33 pour 100 ; en outre, l'amélioration, au point de vue de la diminution du résidu, est moins fréquente et aussi moins prononcée ;

4^o Dans la *rétention chronique complète*, après avoir éliminé quelques cas qui ne peuvent être considérés comme tels, la résection des canaux déférents nous donne 85 pour 100 d'insuccès, la castration 11 pour 100 seulement.

Donc dans la rétention chronique complète la résection ne donne de résultats que dans des cas absolument exceptionnels.

La mortalité qu'on relève est plutôt imputable aux

mauvaises conditions des opérés qu'à l'opération elle-même.

Après la résection, des troubles psychiques ont été observés.

Indications actuelles de la résection double des canaux déférents.

« La résection double des canaux déférents a pour effet
« de diminuer la congestion chez les prostatiques. Ap-
« pliquée pendant une période congestive, cette opéra-
« tion peut amener une diminution de volume de la
« prostate et une amélioration de la dysurie, de la cys-
« tite ou de la rétention dont souffrent les malades.
« Rien ne démontre que la prostate hypertrophiée s'atro-
« phie après la résection des canaux déférents : rien
« ne démontre que cette opération puisse diminuer le
« résidu dans les rétentions chroniques incomplètes,
« lorsqu'elle est pratiquée en dehors des périodes con-
« gestives; rien ne démontre qu'elle ait eu un résultat
« favorable, dans les rétentions chroniques complètes,
« au point de vue de la possibilité de l'évacuation de la
« vessie. » (Albarran et Motz, loc. cit., p. 149.)

IV. Résection d'un seul canal déférent.

La résection d'un seul canal ne paraît pas avoir des indications dans l'hypertrophie de la prostate.

Sur quatre observations, il y a un mort, un échec et deux améliorations portant sur la fréquence de la miction.

V. Angionévrectomie du cordon (Opération d'Albarran-Motz.)

Sans nous arrêter à la ligature en masse ou résection du cordon spermatique dans l'hypertrophie de la prostate, opération qui s'est toujours compliquée de sphacèle dans les cas expérimentaux et cliniques, nous allons étudier les résultats de l'opération proposée par Albarran et Motz, au Congrès d'Urologie en 1897.

L'Angionévrectomie du cordon. — Cette opération consiste à réséquer entre deux ligatures une petite portion de tous les éléments du paquet vasculo-nerveux du cordon, sauf le canal déférent, l'artère déférentielle et une ou deux veinules qui l'accompagnent. Examinons d'abord les effets expérimentaux de cette opération.

Sur quatre chiens, chez lesquels les auteurs ont pra-

tiqué l'angionévrectomie des deux côtés, ils ont trouvé, trois à quatre mois après l'opération, les testicules complètement atrophies. Jamais de sphacèle. Atrophie considérable de la prostate macroscopique et microscopique.

Dans un cas d'angionévrectomie unilatérale, ces auteurs ont obtenu de même une atrophie du testicule et des culs de sac glandulaires.

Au Congrès d'Urologie de 1898, Albarran et Motz présentent six cas de malades opérés par cette méthode, dont quatre ont été suivis de huit à dix mois après l'opération.

Chez un malade atteint de *réten tion aiguë*, rebelle au traitement habituel, la miction spontanée s'est établie le jour même de l'opération, et persiste depuis huit mois. La prostate a diminué de volume.

Chez trois malades, atteints de *réten tion chronique incomplète* avec *dysurie*, on constate une amélioration des symptômes fonctionnels persistante depuis huit à dix mois, diminution de la prostate, diminution du résidu chez deux malades ; chez le troisième le résidu d'abord stationnaire paraît augmenter depuis un certain temps (huit mois après l'opération):

Chez un malade avec *réten tion incomplète et hémorrhagie*, les auteurs obtiennent la *diminution de la prostate* et *l'arrêt de l'hémorrhagie*.

Un malade, atteint de *réten tion chronique complète* avec *cystite rebelle* au traitement, présente, six mois après l'opération, une amélioration des phénomènes fonctionnels de la cystite (il ne se sonde plus que toutes les trois heures), la *réten tion* persiste.

Le Dr Lorenzo Suarez présente au même Congrès deux observations.

Chez un malade atteint de *rétenction complète* avec 660 grammes de résidu, il obtient l'amélioration au bout de deux mois et demi ; la prostate a diminué, la miction spontanée s'est rétablie, le résidu diminue.

Chez l'autre malade avec dysurie et rétenction incomplète (1.200 gr. de résidu), l'effet de l'opération était immédiat : la rétenction diminue de plus en plus, tandis que le volume de la prostate n'a pas beaucoup diminué.

De l'examen de ces huit observations, nous pouvons conclure que les résultats opératoires ne paraissent céder en rien à ceux de la castration double.

Le danger opératoire est moindre, la mort n'a pas été signalée, le shock opératoire non plus ; absence de troubles psychiques. Toutefois le petit nombre d'observations publiées nous obligent à garder la plus grande réserve au point de vue de l'efficacité de cette opération et des accidents qu'elle peut amener.

B. PROSTATECTOMIE

I. Prostatectomie médiane (par voie sus-pubienne).

La prostatectomie est une des premières opérations (en date) qui aient été employées contre l'hypertrophie de la prostate.

Abandonnée presque complètement depuis un certain temps en France où elle a pris naissance, (prostatectomie sus-pubienne: Amussat 1827, prostatectomie urétrale, Mercier, 1850) elle a été adoptée, en Angleterre et en Amérique, par de nombreux chirurgiens entre les mains desquels elle donna des résultats de plus en plus satisfaisants.

Cependant les observations récentes, les unes dues au docteur Desnos (th. Predal, 1897), les autres aux chirurgiens étrangers, tendent à démontrer l'injustice de cet oubli.

C'est la prostatectomie médiane par voie sus-pubienne qui est la plus employée.

En diminuant directement le volume de la prostate, en enlevant le lobe moyen, elle combat le plus grand danger du cathétérisme. L'expérience nous a bien

montré que c'est dans l'hypertrophie du lobe médian que les fausses routes sont les plus fréquentes.

Il est donc important de savoir quelle est la fréquence relative de l'hypertrophie de ce lobe.

Si nous examinons la statistique du docteur Predal (1) nous voyons que : 1° sur 91 cadavres qu'il a examinés, il a trouvé 64 fois (!?) une saillie au col vésical ;

2° L'hypertrophie seule ou associée du lobe moyen est la plus fréquente ;

3° Plus le malade est jeune, plus l'hypertrophie a de la tendance à se localiser dans le lobe moyen de la prostate.

M. Lagoutte (2), élève de Poncet, sur six cas, n'a trouvé qu'une fois un lobe médian isolé ; une fois le lobe médian était insignifiant ; dans les quatre autres cas l'hypertrophie portait surtout sur les lobes latéraux ; le volume du lobe médian variait d'un petit pois à une noisette.

L'hypertrophie du lobe médian est rarement isolée, (sur 55 opérés, 2 fois seulement). Le plus souvent « le doigt introduit dans la cavité vésicale sent une sorte de bourrelet saillant entourant l'orifice de l'urèthre. »

V. Dittel dit que l'hypertrophie du lobe médian s'accompagne de celle des lobes latéraux.

Suivant Eigenbred, Thompson, Civiale, Dupuytren, le lobe médian n'est hypertrophié que dans 15 pour 100 des cas.

(1) La prostatectomie. Thèse, 1897.

(2) Lagoutte. Gaz. hebdom. de méd. et chirurg., mars 1897.

Vignard ne trouve que douze cas d'hypertrophie du lobe moyen, sur vingt-huit pièces du Musée Civiale.

Dans la statistique de Watson, on trouve, sur trente cas, vingt-huit fois un obstacle au col et, dans dix cas seulement, le lobe médian est en cause.

Pour Fenwick, 90 pour 100 d'obstructions prostatiques sont dues au lobe médian.

Belfield, dans une statistique portant sur soixante-trois cas d'obstructions opérées, constate trente-sept fois une tumeur médiane, neuf fois des tumeurs latérales, cinq fois des tumeurs médianes et latérales et sept fois l'hypertrophie en forme de collier.

Motz (1), sur soixante prostatiques, a trouvé :

1^o Hypertrophie des trois lobes.

Légère.	5
Moyenne.	3
Enorme.	4
Prédominance du lobe moyen. .	13 (21,6 0/0)
Lobe moyen peu développé. . .	5
Prédominance du lobe gauche . .	4
	34 cas (56,6 0/0)

2^o Hypertrophie latérale.

Légère.	6
Moyenne.	7
Enorme.	7
Prédominance du lobe gauche . .	1
Prédominance du lobe droit . . .	1
	22 cas (36,6 0/0)

(1) Motz. Gazeta Lekarska, 1895, n^o 33.

3° *Hypertrophie du lobe moyen.*

4 cas (6,6 0/0).

On voit, de cette statistique, que l'hypertrophie notable du lobe moyen ne se trouve que dans un tiers (28 0/0) des prostates hypertrophiées.

Procédés opératoires divers. — Plusieurs voies s'ouvrent au chirurgien pour attaquer la prostate :

1° Voie urétrale ;

2° Périaéale (c'est par cette voie que se fait la prostatectomie latérale de Dittel) ;

3° Sus-pubienne.

A côté, il faut placer les opérations par voie uréthro-abdominales et périnéo-abdominales.

C'est la voie sus-pubienne qui, jusqu'à ce dernier temps, a été la plus employée.

Résultats thérapeutiques. — Examinons les résultats des opérations exposés dans la thèse du docteur Predal et dont dix-neuf dues au docteur Desnos :

Sur 53 cas suivis.	Obs. trad.	Obs. inéd.
Guérisons.	20	
Améliorations.	7	13
Aggravations ou dégénérescence.	1	2
Morts	4	2
Résultats nuls ou inconnus.	2	2

Sur dix-neuf opérés du docteur Desnos, treize malades se sont présentés avec de la rétention incomplète ; quatre avec de la rétention complète.

L'analyse des observations inédites du D^r Desnos, nous montre que les résultats de la prostatectomie ne cèdent en rien à ceux de la castration double.

La *cicatrisation* est complète trois semaines environ après l'opération. Il n'y a eu du retard que deux fois, (obs. 46 et 51) causé par une infection.

Une fois, l'ouverture de la plaie est causée par l'envassement néoplasique.

Rétention incomplète. — L'amélioration porte sur la dysurie, la fréquence de la miction et la quantité de résidu qui diminuent à partir de la quatrième ou cinquième semaine.

L'amélioration est persistante. Ce n'est que dans un seul cas (obs. 38) où le malade a dû être réopéré au bout de 4 ans, pour une cystite avec miction fréquente et rétention de 30 grammes.

Il y a eu deux décès : un brusque (obs. 45), sans raison connue, l'autre par une néphrite aiguë un an après l'opération (obs. 51).

Enfin, deux fois on constate une dégénérescence épithéliomateuse (obs. 42 et 43).

Rétention complète. — Sur 4 cas de rétention complète dont une aigue (obs. 44), il y a eu un échec dans un cas rebelle à tout traitement (obs. 41) et trois améliorations des phénomènes pathologiques (dysurie, cystite, rétention).

Dans un cas la dégénérescence maligne a été constatée (obs. 50).

Complications et dangers. — Il n'y a qu'une complication imputable à la prostatectomie, c'est l'hémorrhagie.

Cette hémorrhagie est facilement arrêtée.

Le Dr Desnos ne signale que trois fois un saignement un peu plus abondant au moment d'opération, saignement qui est immédiatement arrêté (obs. 35, 36, 44).

Deux fois seulement il y a eu une hémorrhagie post-opératoire. Dans l'observation 42 les urines étaient légèrement sanguinolentes quatre, cinq jours après l'opération. Dans l'observation 50 la vessie était remplie de caillot six heures après l'opération (*Dégén. maligne*).

Par contre on a vu l'hématurie céder sous l'influence de l'opération, malgré l'existence d'une dégénérescence maligne (obs. 43).

L'infection n'est survenue qu'une fois, elle a amené un retard de la cicatrisation et persistance de la fistule. Le malade est mort de néphrite aiguë (obs. 41).

Dans un cas, l'infection s'est manifestée par une orchite ayant rapidement rétrogradée (obs. 46).

II. Opération de Bottini. — Historique. — Technique opératoire.

La prostatectomie par voie uréthrale a été exécutée la première fois par Mercier en 1850. Mercier se servait d'un lithotriteur avec mors à emporte pièce, avec lequel il excisait une partie de la prostate.

Bientôt complètement abandonné en France à cause des dangers de l'hémorrhagie, ce procédé était cepen-

dant destiné à occuper une place très en vue dans la chirurgie prostatique.

C'est au professeur Bottini, de Pavie, que revient l'honneur d'avoir perfectionné ce procédé qu'il a rendu d'une grande simplicité et d'un danger presque nul.

Malgré les opinions contraires, Bottini persistait à considérer l'obstacle mécanique créé par l'hypertrophie prostatique comme une des causes principales des accidents du prostatisme : la rétention.

L'excision de la partie de la prostate proéminente dans la vessie doit donc amener la guérison.

Les transformations de la paroi muqueuse et musculuse de la vessie sont le plus souvent secondaires.

Nous savons qu'à l'heure actuelle nombre de chirurgiens partagent son opinion. Tels sont Casper (1) en Allemagne, Bohdanowien (2), Motz (3), Albarran et Hallé (4) en France.

C'est en 1874 que Bottini a décrit sa méthode, en 1877 il publia plusieurs cas, cependant, jusqu'au Congrès de Berlin en 1890, il était seul à pratiquer son opération.

A partir de cette époque, les opérations deviennent de plus en plus nombreuses. Czerny, Kummel, Casper, Freudenberg en deviennent partisans.

(1) Zur. Pathologie des Tractus urogen-talis Varchovs. Archives B. d., 126, 1891.

(2) Contribution à l'étude de la pathologie du muscle vésical, 1892.

(3) Motz. Thèse.

(4) Albarran et Hallé. C. R. de la Soc. Biol. 1898.

Retombée dans un oubli passager à cause de la castration double très en vogue en dernier temps, elle s'impose à l'attention des chirurgiens par la facilité de l'exécution et la bénignité relative depuis la nouvelle communication de Bottini au Congrès de Berlin en 1897.

Au Congrès de Moscou (1897), il donne la description détaillée des instruments modifiés et de son procédé opératoire.

Freundenberg et Hirschmann apportent des modifications aux instruments importants pour leur désinfection. Freundenberg fait en outre remplacer le couteau à platine par un alliage de platine et iridium qui est plus dur que la platine pure et plus résistant au courant électrique, ce qui fait qu'un courant plus faible suffit pour le chauffer au rouge.

Après avoir employé différentes sources électriques, Bottini finit par donner la préférence aux accumulateurs.

L'instrument de Bottini, modifié par Freundenberg se compose de deux branches. La branche mâle portant le couteau se meut dans la gouttière creusée dans la branche femelle. La branche mâle est traversée par des fils en rapport avec le couteau. La branche femelle est munie à son extrémité vésicale d'une verche qui recouvre le couteau.

Un pas de vis placé dans le manche fait marcher le couteau ; une échelle placée sous la roue dans la branche mâle indique la profondeur de dimension. La branche femelle loge un appareil réfrigérant composé

par des tubes que parcourt l'eau froide. L'eau circule dans l'appareil jusqu'au sommet du bec et refroidit pendant le fonctionnement du couteau porté au rouge.

L'urèthre est ainsi préservé contre la brûlure.

Le procédé opératoire est très simple. Avant d'opérer il est bon d'examiner la vessie au cystoscope pour connaître la saillie de la prostate.

Après avoir lavé et vidé la vessie on pratique une injection de 5 à 10 grammes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 ou 5 0/0 dans l'urèthre postérieur. Au bout de cinq minutes on laisse sortir la solution injectée. Cette anesthésie locale suffit dans la majorité des cas. On a recours à l'anesthésie générale que dans les cas exceptionnels (douleur).

Avant d'introduire l'instrument il faut essayer avec le rhéostate la force du courant nécessaire pour porter le couteau au rouge. Un aide doit surveiller l'appareil réfrigérant dont on sait l'importance.

Après avoir arrêté le courant l'instrument est introduit. Une fois l'inciseur dans la vessie, on dirige l'instrument vers le lobe de la prostate qu'on veut inciser et sur lequel il faut le fixer; on fait passer le courant et à l'aide de la vis on fait pénétrer la lame dans l'épaisseur de la prostate. Une incision de 2 à 3 centimètres suffit ordinairement. Si le couteau rencontre un obstacle, il faut augmenter le courant et ne pas progresser par force. Avant de fermer l'instrument il faut laisser passer le courant quelques instants pour brûler complètement les débris qui restent attachés au couteau. Ensuite on fait rentrer le couteau dans sa loge, on

arrête le courant tout en faisant circuler l'eau et on retire l'instrument. Bottini conseille de faire plusieurs incisions à la fois ; le résultat serait alors meilleur.

L'opération ne dure que deux à quatre minutes. Elle peut être répétée plusieurs fois sans réaction soit générale soit locale et sans crainte d'hémorrhagie.

Les malades se plaignent d'une sensation de brûlure qui dure deux ou trois jours et peuvent quitter le lit le lendemain. Bottini ne laisse pas de sonde en permanence, il la croit inutile et même nuisible. Nicolich (1) y a toujours recours. En réalité la sonde n'est utile que dans les cas de cystite. Il est nécessaire de vider et laver la vessie jusqu'à la guérison (Nicolich).

A l'examen direct des prostates opérées avec l'inciseur de Bottini on constate un manque de substance sous forme de sillons larges et profonds, les parois et le fond du sillon sont tapissés par du tissu mortifié dans une épaisseur d'un demi-centimètre. La profondeur du sillon augmente donc au fur et à mesure que l'élimination de substance mortifiée progresse (2). Lohnstein ayant examiné les malades opérés au cystoscope a remarqué que les sillons augmentaient avec le temps de largeur et que la prostate finit par s'aplatir.

(1) Nicolich C. R. du Congrès d'Urol., 1898.

(2) Il serait bon de reproduire les dessins de Mariachess. C. R. du Con. d'Ur., 1898.

OBSERVATIONS

Medical Record 1898, p. 330. Willy Meyer.

Willy Meyer nous donne l'observation de trois malades.

Deux d'entre eux urinaient toujours avec difficulté toutes les vingt ou trente minutes jour et nuit. Tous les deux ont eu une pyélite semi et unilatérale et une cystite catarrhale. Leurs prostates étaient molles ; tous les deux ont été traités avant par nombre de médecins.

I

J'ai opéré le premier malade deux fois à Sermais-Hospital : le 7 octobre et le 18 décembre 1897. Le malade a (toucher rectal) une prostate très petite, si petite qu'elle paraissait réaliser les signes du « prostatisme vésical » de Lugon.

Mais l'examen de la vessie avec l'explorateur a montré l'augmentation du volume de la glande, et le cystoscope a mis en évidence la saillie de la prostate dans la vessie et l'urèthre interne courbé irrégulièrement ; il n'y avait pas de lobe médian. Les symptômes habituels du prostatisme sont nets : Miction volontaire, 25 centimètres cubes ; résidu 300 gr. ; le malade avait des douleurs atroces pour vider sa vessie. Pour ces raisons, j'ai eu recours à l'anesthésie générale pour les deux opérations (solution Schlerck).

La première opération fut faite le 7 octobre. Elle durait à peine

cinq minutes; *il n'y avait pas d'accidents consécutifs*; le malade s'est levé dès le lendemain.

Dix semaines après l'opération, il n'urinaï pas aussi souvent qu'avant l'opération pendant le jour; la nuit il urinaï trois ou quatre fois. Le total de résidu ne s'est pas modifié, 15*280 centimètres cubes.

Le 18 décembre 1897, une deuxième opération a été faite avec l'infuseur modifié deFreundenberg. Le malade s'est levé le lendemain.

Le traitement local institué, le malade quitte l'hôpital quelques jours après.

Au mois de février 1898, je l'ai revu pour la première fois après l'opération; il relata ce qui suit : Quelques jours après l'opération, il a eu une incontinence d'urine partielle qui dura quinze jours. Depuis ce temps, *l'amélioration* est graduelle et continue. Il ne souffrait plus en urinant; urinaï trois ou quatre fois le jour, deux fois la nuit; le résidu était de six ou sept onces.

Il n'avait pas envie d'uriner quand il est venu me voir; je l'ai fait pourtant uriner. Il a rendu 20 centimètres cubes. Il a déclaré qu'une aussi petite quantité ne passait que dans des conditions exceptionnelles.

Cette amélioration de tous les symptômes est due à l'opération de Bottini seule, car le malade n'a pas été soumis à aucun autre traitement. L'urine est à présent acide.

II

Mon deuxième malade, âgé de 73 ans, était dans des conditions déplorables quand il est venu me consulter. L'urine résiduale 10*160 centimètres cubes. La prostate n'est pas grosse; elle est molle; le doigt atteint sa limite supérieure; avec l'explorateur on trouve une grosse hypertrophie; au cystoscope, vessie trabéculaire; diverticule à la partie droite du fond; pas de pierre; lobe médian non hypertrophié; le corps de la glande proémine dans la vessie.

23 décembre 1897. — L'opération est faite après irrigation préliminaire soigneuse. *Pas d'hémorrhagie* ni fièvre; le malade se lève le lendemain.

Jusqu'au 8 janvier, il n'a pas été amélioré ; il est alors entré dans un autre hôpital, où il est mort sans avoir bénéficié de l'opération.

III

Depuis, j'ai fait l'opération de Böttini à un troisième malade, âgé de 64 ans, qui souffrait de la fréquence de la miction et des *hématuries* répétées ainsi que du catarrhe de la vessie et de la pyélite bilatérale durant deux ans. Le malade est mort trente heures après l'opération avec une température très élevée en un collapsus (septicémie aiguë).

Je crois ce cas important et je relate son histoire. Le malade a été vu par moi pour la première fois le 13 décembre 1897. Il y a plus d'un an il a pris froid et a eu pour la première fois une hématurie pendant son séjour dans la partie septentrionale de l'État.

Il a été transporté dans une ville voisine, où il s'est alité et a été traité par un médecin. Il est revenu à New-York. Pendant les chaleurs, l'hématurie s'est montrée deux fois. Après le dernier accès, le médecin a introduit un explorateur dans la vessie. Une épididymite bilatérale en était la conséquence.

A l'examen, j'ai trouvé le malade très amaigri, pâle et nerveux ; l'épididyme était gros et douloureux. Il a rendu spontanément 150 gr. d'urine ; urine résiduale, 450 gr. L'urine était trouble, contenait de l'albumine, pas de sucre, une quantité considérable de pus ; un peu de mucus, des cylindres hyalins.

L'excrétion d'urée et des chlorures était moindre que normalement.

La prostate était molle, grosse, saillante, proéminente dans le rectum ; on n'atteint pas son bord supérieur avec le doigt. La région rénale est sensible à la pression.

Depuis quelques semaines, il ne prenait pas de solides et avait des vomissements fréquents.

La cystoscopie était difficile, vu l'hémorrhagie.

Avec un bon éclairage, on a pu distinguer l'existence des trabécules, pas de calculs, lobe médian (?)

Pendant les semaines suivantes, je lavais la vessie, très soigneusement, avec des solutions antiseptiques tous les deux ou trois jours, et j'en administrai de l'urotropine. L'état de la vessie s'est amélioré.

Le 29 janvier 1898, le malade est opéré.

Le 30 janvier, dix heures après l'opération, j'ai eu de ses nouvelles.

A une heure du matin, le malade a eu des frissons durant trente-cinq minutes; la température, qui était de 99 F avant l'opération, a atteint 103,8°; le pouls de 80 est monté à 122.

A 11 heures du soir, sept heures après l'opération, il a uriné trois onces environ; l'urine était un peu teinte de sang dans la position couchée. La fièvre persiste. Le délire survient. Le malade meurt à 10 heures du soir.

Medical Record 1898. Henri Morton.

I

J. M. C., âgé de 62 ans, vient à l'hôpital pour de la fréquence de la miction nocturne. Urine, dit-il, huit à neuf fois. Prostate dure et dense, un demi-pouce de diamètre. Urine résiduale claire, une once. Malade irresponsable mentalement, infantilisme.

23 février 1898, *Opération de Bottini*.

24 avril. — Urine quatre ou cinq fois par jour, deux la nuit. Urine résiduale, une drachme.

II

C. G., âgé de 75 ans. Se plaint de miction fréquente; quatre ou cinq fois la nuit, continuellement le jour. Prostate de dimension d'un testicule de cheval, modérément molle. Urine résiduale, quatre onces, contient du pus.

25 février 1898, *Opération de Bottini*.

20 avril. — Urine deux ou trois fois la nuit, quatre fois le jour. Urine résiduale encore trouble; quantité, une drachme.

III

Charles W..., âgé de 57 ans ; a des troubles depuis deux ans. Miction très fréquente : cinq fois la nuit, huit ou neuf fois le jour. Urine fétide et purulente. Prostate demi-pouce de diamètre.

25 janvier 1898, *Opération de Bottini*.

Le malade a de l'incontinence de l'urine le cinquième jour après l'opération ; l'incontinence disparaît bientôt.

25 février. — L'état général amélioré depuis l'opération. Ne peut retenir l'urine plus de trois heures.

IV

J. C..., âgé de 55 ans, a des troubles depuis trois ou quatre ans. Urine trois fois la nuit et toutes les trois heures le jour. Prostate demi-pouce de diamètre, dure et dense. Urine résiduale varie de douze à seize onces et est claire.

8 mars 1898, *Opération de Bottini*.

Deux jours après, le malade a un accès de rétention et doit être sondé. Une cystite se développe, mais est améliorée par des lavages de la vessie, salol et urotropine à l'intérieur.

26 avril. — Cystite existe encore, mais est améliorée. Le malade garde l'urine pendant deux heures la nuit et une demi-heure le jour. Urine résiduale, une once.

V

T. H. T..., âgé de 66 ans, a des troubles depuis cinq ans. Se plaint de mictions venant cinq ou six fois la nuit. Urine toutes les deux heures le jour. Le jet n'a aucune force : il mouille ses chaussures. Prostate un demi-pouce de diamètre, dure. Urine résiduale varie de six à dix onces.

8 mars 1898, *Opération de Bottini*.

10 avril. — Urine deux fois la nuit, toutes les deux ou trois heures le jour. Le jet a de la force. Urine résiduale, demi-once, claire mais contient une légère quantité de mucus.

**Analyse de cinq cas du docteur Nicolich, de Trieste.
Compte-rendu du Congrès d'Urologie, 1898.**

J'ai pratiqué six fois l'opération sur cinq malades qui étaient tous en état de rétention chronique complète depuis quelques semaines à dix-huit mois, et j'ai obtenu trois guérisons. Chez les deux autres, j'ai observé aussi une amélioration, mais je ne pourrais pas affirmer si je la devais à l'opération ou à la sonde à demeure, d'autant plus que ces malades n'ont pas pu faire moins de continuer l'usage de la sonde au moins une fois dans la journée.

Le cas le plus intéressant a été un homme de 74 ans, malade depuis plusieurs années.

En 1896, il souffre de dysurie et *rétention incomplète* sans distension ; la vasclectomie n'apporte aucune amélioration, il doit se sonder deux fois dans les vingt-quatre heures. En février 1897, il est obligé de revenir à l'hôpital. Je constate la présence d'un calcul phosphatique que j'opère avec la lithothritie ; la *rétention* était déjà *complète* et le malade devait se sonder huit fois dans la journée.

Au mois d'août 1898, le malade revient à l'hôpital dans un état lamentable ; il est obligé de se sonder chaque heure, et, malgré ça, il souffre énormément. La prostate est très grosse et dure, le lobe gauche est tellement dur qu'on pourrait croire à l'existence d'un calcul prostatique ou d'un cancer. L'explorateur cystoscopique démontre une forte saillie introvésicale surtout en correspondance du lobe moyen.

Je pratique l'opération de Bottini, faisant trois incisions de deux centimètres de profondeur, une en bas et deux latéralement, sonde à demeure pour vingt-quatre heures. Pas d'hémorrhagie, ni de fièvre.

Le jour suivant, le malade peut uriner 200 grammes de liquide après *dix-huit* mois de rétention complète.

Pendant six jours, évacuation et lavage de la vessie ; une semaine après l'opération, le malade n'est plus sondé, il urine assez bien chaque deux heures, et n'a pas *une goutte* d'urine résiduelle.

**Dr Mariachess, d'Odessa. Compte-rendu du Congrès
d'Urologie, 1898.**

I

J. J. ., 53 ans, entre dans le service des maladies des voies urinaires le 10 août pour une rétention d'urine *complète*, qui date de six jours ; le malade fut cathétérisé en ville plusieurs fois. La rétention complète avait été précédée d'envies fréquentes d'uriner, surtout la nuit.

Il y a cinq ans, le malade a eu aussi une rétention d'urine. Il n'a jamais eu la chaude-pisse. A l'examen, on trouve la vessie très distendue ; l'exploration de l'urèthre avec une bougie exploratrice n° 24 prouve que le passage est libre ; mais avant d'arriver dans la vessie, on tombe sur un obstacle dans la partie prostatique de l'urèthre, du reste facile à franchir.

L'exploration du rectum prouve que les lobes latéraux sont modérément augmentés ; la vessie est vidée avec beaucoup de précaution ; l'urine est trouble ; la vessie est lavée à l'eau boricuée 4 0/0 et au nitrate d'argent (1 : 1000) ; un cathéter est mis à demeure.

17 août. — Le malade toujours avec la sonde à demeure ; l'urine est trouble ; la vessie est lavée deux fois par jour avec une solution d'eau boricuée (4 0/0) et avec une solution de nitrate d'argent (1 : 1000).

22 août. — Sans changement.

27 août. — Le malade, laissé sans sonde pendant vingt-quatre heures, ne pouvait pas uriner et on a été obligé d'introduire une sonde à demeure.

28 août. — Le malade fut soumis à la cystoscopie qui a fait découvrir une hypertrophie notable du lobe moyen de la prostate occupant presque tout le champ visuel sous forme de rideau, lorsque le prisme du cystoscope fut tourné en bas.

Après la cystoscopie et après avoir vidé la vessie, j'ai fait l'incision de la prostate d'après Bottini, le couteau étant chauffé jusqu'au rouge ; sonde à demeure.

28 août. — On trouve dans l'urine une quantité minime de sang ; la température normale. Le malade est laissé sans sonde.

30 août. — Le malade n'a pas uriné et on fut obligé d'introduire la sonde.

1^{er} septembre. — Le malade est laissé de nouveau sans sonde.

2 septembre. — Le malade n'a pas uriné.

Le malade fut de nouveau soumis à la cystoscopie. Le tableau est le même, mais on remarque une petite échancrure dans le lobe moyen de la prostate.

3 septembre. — Une deuxième séance d'après Bottini. Le couteau est chauffé *jusqu'à blanc* ; le bec de l'instrument est fortement appuyé vers la surface postérieure de la prostate ; le manche est fortement levé en haut. Une incision est faite sur la ligne médiane d'arrière en avant et *vice versa* ; incision de 3 cent. 1/2 ; deux incisions pareilles sont faites sur les côtés latéraux de la prostate. Cette fois, l'hémorrhagie fut plus abondante que la première fois. La vessie est lavée ; le malade est laissé sans sonde.

4 septembre. — T. 39°2-37°2. Le malade, laissé sans sonde, n'a pas uriné.

5 septembre. — T. 38°7-37°7. La vessie est lavée deux fois avec une solution boriquée (4 0/0) et une solution de nitrate d'argent. Pour la nuit, la sonde est laissée à demeure.

6 septembre. — T. 37°-36°0. Même état.

7 septembre. — T. 37°8-36°5. La veille, le malade a uriné sans sonde et il est resté dans la vessie près de 200 c. c. d'urine trouble.

8 septembre. — T. 36°2-36°. A partir de 8 heures du soir jusqu'à 3 heures de la nuit, le malade a uriné cinq fois, et de 3 heures de la nuit jusqu'à 8 heures du matin, deux fois ; il est resté 140 c. c. d'urine dans la vessie. L'urine est trouble ; les lavages de la vessie sont continués.

9 septembre. — La rétention d'urine est de 100 c. c.

10 septembre. — La rétention d'urine est de 80 c. c.

11 septembre. — 50. L'urine est beaucoup moins trouble.

15 septembre. — Le malade fut soumis à la cystoscopie, qui a fait découvrir dans le lobe moyen de la prostate une *échancrure profonde dépourvue de muqueuse*, différent aussi du reste du lobe moyen.

17 septembre. — Le malade urine bien. La rétention d'urine est de 50 c. c. Exeat.

II

A. M. Z..., 60 ans. Hypertrophie de la prostate. Entre à l'hôpital le 27 août 1898 pour rétention d'urine qui date de cinq jours. Le malade fut cathétérisé en ville plusieurs fois. Il y a deux mois, il a eu aussi une rétention d'urine ; la vessie fut alors vidée à l'aide de la sonde, et depuis, le malade urinait seul. Le malade souffre des troubles de la miction depuis huit ans ; d'abord apparurent des envies fréquentes d'uriner (toutes les demi-heures et tous les quarts d'heure) plus impérieuses la nuit que pendant le jour. A l'exploration par le rectum, on trouve la prostate très volumineuse et dure, la vessie, dilatée jusqu'à l'ombilic, est vidée avec beaucoup de précaution ; on en retire près de 500 c. c. d'urine trouble ; la sonde est mise à demeure. T. 37°5.

1^{er} septembre. — Le malade tousse depuis longtemps ; on trouve une matité au sommet gauche ; en avant au-dessus de la clavicule et en arrière de la fosse sus-épineuse, une expiration prononcée avec un tube bronchique ; au sommet droit, des râles humides ; transpire la nuit. Du côté du cœur, rien d'anormal. Le système vasculaire ne présente également rien de particulier.

2 septembre. — Le malade est soumis à la cystoscopie qui fit découvrir une hypertrophie des deux lobes latéraux. Opération d'après Botlini. La vessie est complètement vidée ; deux incisions latérales furent faites. Le couteau est chauffé à blanc et le manche est levé très haut, le bec de l'instrument s'accrochait à la prostate ; la longueur des incisions trois centimètres ; une sonde de Nélaton fut ensuite introduite, par laquelle de l'urine légèrement colorée de sang s'est écoulée. Sonde à demeure.

3 septembre. — T. 37°-36°,6. Le malade est laissé sans sonde pendant six heures, et il ne peut pas uriner seul, malgré de fortes envies d'uriner ; l'urine fut évacuée à l'aide de la sonde ; urine non sanguinolente. Sonde à demeure.

4 septembre. — T. 38°5-36°5.

5 septembre. — T. 39°-36°3. Épididymite gauche ; la sonde est

enlevée ; sur le testicule malade, on applique une pommade iodoformée, et par-dessus, une compression suffisante.

6 septembre. — T. 37°8-36°8. Le malade a uriné seul toutes les cinq-dix minutes et par petites quantités ; la rétention d'urine dans la vessie, 250 c. c.

10 septembre. — L'épididymite commence à disparaître ; le malade urine beaucoup mieux (1700 c. c. dans vingt-quatre heures) ; il reste seulement 100 c. c. d'urine dans la vessie.

13 septembre. — T. 36°3-36°8. Il reste dans la vessie 80 c. c., mais les envies d'uriner sont fréquentes à cause de la cystite assez prononcée ; instillations argentiques.

18 septembre. — L'épididymite a disparu ; la cystite diminue d'intensité ; il reste 60 c. c. d'urine.

23 septembre. — Sans changement.

30 septembre. — *Idem.*

3 octobre. — Les urines sont très peu troubles ; il reste dans la vessie seulement 30-40 c. c.

6 octobre. — *Idem.*

10 octobre. — Le malade est soumis à la cystoscopie ; on trouve dans chaque lobe latéral une échancrure peu profonde.

13 octobre. — Exeat.

III

Alexejeff, 80 ans. Hypertrophie de la prostate.

26 juillet. — Le malade entre à l'hôpital pour rétention d'urine ; il y a cinq jours que l'urine ne s'écoule que par gouttes ; la veille, apparut une rétention d'urine complète qui força le malade d'entrer à l'hôpital. Le malade fut sondé et on retira près de six verres d'urine trouble. Sonde à demeure. L'examen du malade par le rectum fit constater une hypertrophie considérable de la prostate. Le passage de l'urètre est libre.

30 juillet. — Le malade est toujours avec la sonde à demeure.

31 juillet. — *Idem.*

8 août. — *Idem.*

10 août. — Le malade est laissé sans sonde.

11 août. — Le malade n'a pas pu uriner sans sonde, et il a fallu de nouveau l'introduire.

12 août. — Le malade fut soumis à la cystoscopie; on trouva principalement une hypertrophie des lobes latéraux, quoique le lobe moyen fût aussi assez augmenté.

La vessie est lavée et vidée. Opération d'après Bottini. Le couteau n'est chauffé qu'au rouge. Une sonde à demeure.

13 août. — Température normale. La sonde est enlevée.

14 août. — Température normale. Le malade n'a pas uriné. Une seconde opération d'après Bottini; le couteau est chauffé à blanc; l'incision sur la ligne médiane et deux incisions latérales de trois centimètres de longueur.

15 août. — Température normale. L'urine a été, la veille, colorée de sang.

16 août. — L'urine ne contient plus de sang. La sonde est enlevée.

17 août. — Le malade ne pouvait pas uriner sans sonde; la sonde est remise.

Du 17 août au 5 septembre, le malade est resté avec la sonde à demeure; la vessie fut lavée deux fois par jour avec une solution d'acide borique, 4 0/0, et une solution de nitrate d'argent.

1^{er} septembre. — La sonde est enlevée.

2 septembre. — Le malade a uriné seul et il rend près d'un demi-verre d'urine en une seule fois.

3 septembre. — Apparition d'une épididymite gauche, onguent iodoformé.

6 septembre. — L'épididymite se résorbe; le malade urine sans sonde plus de 2000 c. c. en vingt-quatre heures d'urine trouble; il reste fort peu d'urine dans la vessie.

8 septembre. — Le malade fut soumis à la cystoscopie, et on trouve une échancrure assez prononcée dans le lobe gauche de la prostate; dans le lobe moyen ainsi que dans le lobe droit, l'échancrure est moins prononcée.

9 septembre. — T. 38°4-37°8. Le malade a eu un léger frisson; l'épididyme du côté gauche s'est aggravé de nouveau, mais le malade urine facilement,

12 septembre. — Température dépasse 38° le soir ; l'épididyme est douloureux.

15 septembre. — Sans changement.

20 septembre. — T. 38°5-36°4. La veille, un fort frisson ; formation d'abcès dans l'épididyme.

22 septembre. — T. 38°2-39°6. Incision ; élimination d'une grande quantité de pus.

23 septembre. — T. 37°2-38°2.

24 septembre. — T. 37°5-36°.

25 septembre. — T. 37°-36°.

26 septembre. — Température normale. La plaie diminue.

30 septembre. — Le malade est encore dans le service parce que la plaie ne s'est pas encore fermée.

Les mictions sont normales.

IV

Kouznézoff, 70 ans. Entre à l'hôpital pour la seconde fois le 27 juin. Il y a un mois et demi que j'ai fait à ce malade une résection bilatérale, une vasectomie avec tous les nerfs et vaisseaux qui se trouvent compris dans le cordon spermatique, excepté l'artère et deux ou trois vénules. L'opération est restée sans résultat. Le malade est obligé d'avoir recours au cathéter pour uriner.

Du 27 juin jusqu'au 10 août, le malade reste avec la sonde à demeure ; pendant tout ce temps-là, on faisait au malade des lavages de la vessie deux fois par jour à l'acide borique et au nitrate d'argent.

Le 10 août, la sonde est enlevée.

11 août. — Le malade n'a pas uriné et il a fallu le sonder. Le malade est aujourd'hui cystoscopé et on trouve une hypertrophie du lobe moyen.

Opération d'après Bottini ; le couteau n'est chauffé qu'au rouge. Après l'opération, on a remarqué du sang dans l'urine. Sonde à demeure.

12 août. — T. 36°7-36°5. *Présence du sang* dans l'urine.

13 août. — Température normale ; la sonde fut enlevée la veille,

mais le malade n'a pas pu uriner et il a fallu de nouveau lui introduire la sonde à demeure. Urine sanguinolente.

17 août. — Le malade est toujours avec la sonde à demeure.

19 août. — Le malade n'urine pas sans sonde.

21 août. — Le malade fut cystoscopé et on trouve une échancrure dans le lobe moyen.

20 septembre. — Aujourd'hui se sont passés quarante jours après la première opération de Bottini. Vu que le malade n'urine pas sans sonde, j'ai répété la même opération, le couteau étant chauffé à blanc.

Une incision médiane et deux incisions latérales furent faites de trois centimètres de longueur. Sonde à demeure.

21 septembre. — Température normale. L'urine contient un peu de sang.

22 septembre. — La sonde est enlevée.

23 septembre. — Le malade n'urine pas sans sonde.

24 septembre. — Même état.

30 septembre. — Le malade est encore dans le service, et il faut toujours avoir recours à la sonde à demeure.

Observation de Bottini. Archiv. f. Klin. Chirur., 1897.

I

Sampietro Carlo Giuseppe, âgé de 66 ans, atteint d'ischurie consécutive à la tuméfaction de la prostate, entre dans la clinique, le 21 avril 1894. Le malade n'a jamais eu de maladie grave, jamais de maladie vénérienne. Il y a à peu près trois ans le malade s'aperçoit qu'il urine difficilement; la difficulté augmente à mesure que le malade fait plus d'effort, puis le besoin d'uriner disparaît et l'urine s'échappe involontairement, surtout la nuit. Avec le temps la situation devient de plus en plus pénible, et le malade est obligé de faire tous les efforts possibles pour uriner quelques gouttes. Depuis sept mois impossibilité absolue d'uriner spontanément — il s'adresse à un chirurgien qui le sonde et il apprend ensuite à se sonder lui-même.

La vie avec une sonde dans la main est excessivement pénible pour le malade, qui souffre en outre d'une cystite catarrhale. Il se décide à entrer dans une clinique et c'est dans ces conditions que j'e le vois.

A l'examen général : la peau est jaunâtre, amaigrissement et perte de forces complètes.

Au toucher rectal on trouve une prostate augmentée de volume, de la grosseur d'une pomme moyenne; en sondant le malade on sent que le point de départ de la tuméfaction est dans le lobe droit et dans la partie supérieure du lobe moyen de la prostate. Le malade est dans l'impossibilité absolue d'uriner, il est obligé de se sonder au moins 8 fois par 24 heures. L'urine est sédimenteuse, elle est fétide et à réaction alcaline.

Après avoir fait plusieurs injections d'eau boriquée on entreprend, le 3 mai et en présence de nombreux assistants, l'incision de la prostate par la méthode galvanocaustique. Trois heures après l'opération, le malade qui n'a pas uriné spontanément depuis sept mois, émet sans aucun secours 70 gr. d'urine en une seule fois. Le lendemain matin il urine d'une tasse entière ou à peu près 350 gr.; on fait un lavage de la vessie, on cathétérise le malade, la vessie est entièrement vidée.

Plusieurs jours de suite encore — et après que le malade a uriné spontanément — on le sonde pour faire des lavages de la vessie. Le 18 mai les lavages sont suspendus, le malade urine normalement.

Il reste encore en observation pendant plusieurs jours et il quitte la clinique tout à fait guéri.

II

Malade âgé de 65 ans, maçon, entre dans la clinique le 20 mai 1894, atteint d'une isturie consécutive à une tuméfaction de la prostate. Le malade est connu dans la clinique où il fut soigné en 1890 pour un calcul de la vessie.

Le malade se portait bien pendant plusieurs années, mais au commencement de l'année 1893 il commence à éprouver de la difficulté à uriner. Il urine sans douleur et sans sensation de brûlure contrairement à ce qui avait lieu il y a cinq ans pendant qu'il avait sa lithiase. Le malade est donc lui-même d'avis, que ce n'est pas une récurrence de sa maladie antérieure. Le mois suivant, c'est-à-dire au mois de

février, ce malade cesse tout d'un coup d'uriner; il s'adresse à un chirurgien qui arrive avec peine et après plusieurs tentatives de cathétérisme à vider sa vessie. On laisse une sonde métallique pendant deux jours à demeure dans la vessie du malade.

Deux mois se passent pendant lesquels le malade urine tantôt spontanément, tantôt il est obligé de se sonder. En même temps le malade devient très constipé et il est obligé de recourir tous les jours aux lavements.

Depuis à peu près une année le malade est obligé de se sonder régulièrement 5-6 fois par jour.

En pratiquant le toucher rectal on constate au niveau de la prostate une tumeur grossie comme une mandarine, qui remonte sur le sacrum. En sondant le malade on aperçoit une tuméfaction considérable des régions supérieures et moyennes de la prostate qui remonte à 3 cent. sur le trigone de Lietand. On pratique le 23 mai par la méthode galvanocaustique une double incision sur le côté gauche de la tumeur et directement à la partie supérieure. L'opération est faite à la cocaïne en présence de tous les étudiants auxquels on a préalablement expliqué la technique de l'opération.

Le malade commence à uriner deux heures après l'opération, l'évacuation de quelques premières cuillerées d'urine fut accompagnée d'une sensation de brûlure très vive. Le malade urine spontanément durant toute la journée et les jours suivants. Il quitte la clinique le 6 juin complètement guéri, sans ressentir la moindre brûlure. Il affirme qu'il ressent au contraire une certaine jouissance en urinant.

III

Malade âgé de 70 ans, cultivateur, entre dans la clinique de chirurgie le 5 juin, atteint d'ischurie complète consécutive à une hypertrophie de la prostate. Il s'est déjà présenté au mois d'avril de la même année, mais on l'a relâché le considérant dans ce moment-ci trop faible pour pouvoir supporter l'opération.

Le malade nous apprend que son frère fut atteint et mourut de la même maladie, et l'idée qu'il pourrait subir les mêmes souffrances le remplit d'une telle angoisse qu'il préfère subir n'importe quelle

opération que d'être exposé à souffrir comme son frère. Il raconte d'avoir joui toujours d'une parfaite santé, il n'a jamais su ce que c'était d'être malade. Il y a plus de deux ans il s'est aperçu qu'il urinait difficilement et pas dans une seule fois; la nuit surtout le jet d'urine était au début ralenti et ce n'est qu'ensuite qu'il sortait spontanément et d'un coup. Il y a un an il se voit dans l'impossibilité d'émettre spontanément une seule goutte d'urine, et il est obligé de se sonder toutes les 2-3 heures. A l'ischurie complète viennent s'ajouter les symptômes d'une cystite purulente grave; l'urine contient une grande quantité de pus, elle a une odeur répugnante. Il consulta deux médecins qui lui conseillèrent d'entrer dans notre clinique chirurgicale où il se présenta pour la première fois au mois d'avril dernier.

Mais l'état général du malade fut tellement mauvais que nous résolûmes de renoncer cette fois à l'opération et d'attendre de meilleures conditions. La vessie remontait jusqu'à l'ombilic et l'urine, très purulente, répandait une odeur fétide. Le malade avait de la fièvre tous les soirs, un catarrhe de l'estomac et de l'anorexie. Il quitte la clinique et va se loger dans un hôtel où son état s'améliore un peu sous l'influence des soins intelligents et continus du Dr Marconi. Je me trouvais juste alors à Berlin, où j'ai vu le Dr Antona qui m'exprimait le désir d'assister à une de mes opérations où je pratique l'incision de la prostate par la méthode galvanocaustique. J'écrivis à mon chef de clinique en le priant de me procurer un sujet pour l'opération. Mais mon chef de clinique ne trouvant pas malgré tous ses soins un autre malade, nous présenta, à moi et au Dr Antona, le cultivateur dont la santé s'est notablement améliorée. L'état général fut amélioré, mais l'ischurie était encore complète et la vessie était encore considérablement augmentée.

Je me décide à opérer, quoique je préférasse montrer un plus beau cas au Dr Antona.

Après avoir vidé la vessie du malade et injecté une solution de cocaïne dans l'urètre, j'examinais encore une fois la prostate avec une sonde de Mercier et je trouvais une hypertrophie considérable du lobe moyen; la partie hypertrophiée pouvait également être perçue par le toucher rectal.

Je faisais deux incisions galvanocautiques, une entre le lobe droit et moyen de la prostate et l'autre directement au bas. Le malade ne se plaignit pas une seule fois durant toute l'opération. Trois heures après l'opération le malade urina spontanément une petite quantité d'urine, qui augmenta ensuite et atteignit une demi-tasse dans les 24 heures. Je trouvais les incisions insuffisantes en rapport avec l'énorme développement de la prostate et je répétais l'opération le matin du 14, en incisant à gauche et encore une fois en bas. Grâce à cette deuxième opération complémentaire, le malade arriva à vider complètement sa vessie et à renoncer au cathétérisme. L'interné de ma clinique, M. Oddon a fini l'observation, concernant ce malade, par les mots suivants : « l'évacuation spontanée de l'urine fut de jour en jour plus facile et hier (le 22) le malade s'est senti *tout à fait* bien. Aucune difficulté d'uriner, aucune douleur, de manière qu'il quitta le service le 21 juin, — seize jours après la première opération, — tout à fait guéri.

Observation de Bottini. Archiv. für Klinische Chirurgie
1877.

IV

Ludwig Lonethi, âgé de 68 ans, cultivateur, atteint de cataracte double, entre le 27 septembre 1873 dans le service d'ophtalmologie de la Clinique de Novara. On apprend en examinant le malade que depuis trois ans il souffrait fréquemment de rétention d'urine qu'il n'évacuait que partiellement et en faisant faire de grands efforts à sa vessie. De temps à autre la rétention est absolue et le médecin de campagne vide sa vessie en le sondant. Le malade reste pendant un certain temps en observation, après quoi on l'envoie dans un service de chirurgie où je le vois pour la première fois. Je trouve une vessie remontant jusqu'à l'ombilic et le malade est atteint d'un vésicule vésical très douloureux. On cathétérise le malade et on retire à peu près deux litres d'urine pâle, fétide et sortait en un fort jet.

Je laisse exprès une petite quantité d'urine dans la vessie et j'exa-

mine méthodiquement à l'aide de la sonde de Mercier l'urèthre. Le malade a le lobe moyen de la prostate très hypertrophié.

Je sonde le malade encore plusieurs fois aussi bien pour affirmer mon diagnostic que pour m'assurer du bon fonctionnement du debrusor. Le malade n'urine pas spontanément, à moins que la vessie trop pleine ne laisse échapper l'urine petit à petit — on est donc obligé de le sonder. On transporte le malade, le 26 octobre, dans la salle d'opération et en présence de médecins très distingués je fais l'incision par ma méthode galvanocaustique. D'après l'abaissement du bout de l'instrument qui était à l'intérieur, j'ai reconnu que la carbacisation a été suffisante. Le malade se plaignait seulement au moment où je finissais l'opération, quoiqu'on entendait tout le temps et à quelques mètres de distance que les tissus brûlaient. L'instrument fut retiré sans difficulté et on n'y voyait pas trace de sang. On prescrit au malade 0,08 gr. d'opium, qu'il doit prendre dans les 24 heures. Je fais prendre la température toutes les trois heures et j'ordonne de garder ses urines soit émises spontanément, soit évacuées par la sonde. Quelques heures après l'opération, le malade urine à son grand étonnement tout seul. Les premières urines sont un peu rougeâtres. Les urines de nuit sont un peu plus pâles et celles du lendemain présentent une couleur tout à fait normale. Le malade ressent toutes les 2-3 heures un besoin d'uriner et urine spontanément, quoique avec une légère sensation de brûlure. Le troisième jour on trouve dans l'urine des particules de détritüs provenant de l'escharre et mêlées avec des globules de pus et de mucus. Le douzième jour, l'urine est normale, sans sédiment et sans trace de sang; pendant tout ce temps la température ne subit que de légères variations d'un quart à un demi-degré. Après m'être persuadé par le palper abdominal et par plusieurs cathétérismes que la vessie ne contenait pas plus d'urine qu'à l'état normal je permets au malade de quitter ce service — le 7 novembre — et il retourne dans son service d'ophtalmologie, d'où il m'est arrivé. Le Dr Martelli que je questionnais vers la fin du mois de janvier m'a certifié que le malade ne s'est jamais depuis plaint de rétention.

Observation de Archiv. für Klinische Chirurgie, 1887.

V

Johame Rossi, 49 ans, cultivateur, entre dans le service de chirurgie de la Clinique de Navara, le 28 octobre 1875, atteint d'ischurie. Le malade me fut envoyé par le Dr Franzani, qui l'a soigné chez lui. Le malade nous raconte qu'il s'est aperçu depuis un certain temps qu'il vidait sa vessie avec difficulté et que l'urine sortait en un petit jet, très faible. Il est obligé depuis six mois d'uriner toutes les heures; chaque fois il urine très difficilement et en petite quantité. Ces efforts répétés ont été chez lui la cause du développement de nombreuses hémorroïdes. A l'examen on constate que la vessie remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic — la prostate est augmentée de volume, surtout son lobe gauche — contractions de la vessie actives et prononcées — état général satisfaisant. Si on vide complètement sa vessie et qu'on laisse le malade tranquille il peut rester 24 heures sans laisser échapper une seule goutte d'urine; après quoi la vessie devient presque aussi grande que la veille. On conclut donc que la vessie ne se vide que lorsqu'elle est trop pleine.

Je pratique, le 31 octobre en présence d'une assistance nombreuse de nombreux médecins, l'incision de la prostate par la méthode galvanocaustique.

L'incision a 2 centimètres de long et 1 centimètre $1/2$ de profondeur. On distinguait nettement le bruit produit par les parties brûlantes au moment où la lance rouge avançait et reculait avec la lenteur et la régularité voulue. Le malade n'a pas poussé un cri et il nous racontait ensuite qu'il ne ressentait de douleur qu'à la fin de l'opération au moment où on éteignait la lance. Après l'opération, je prescris au malade de l'opium et j'ordonnai de prendre sa température à courts intervalles de temps. Deux heures après l'opération le malade émet spontanément 100 gr. d'urine rougeâtre, il urine deux fois dans la même nuit; l'émission est facile quoique accompagnée de sensation de brûlure. Le lendemain il urine à peu près

4,300 gr. d'urine rougeâtre avec une petite quantité de pus et de mucus. Dix jours après l'opération, le 9 novembre, le malade se sentant tout à fait bien, veut à tout prix retourner chez lui. L'urine, contenant encore des traces de mucus, sortait à jet régulier et continu, et pas plus souvent que toutes les 4-5 heures. A la palpation on constate que la vessie ne présente pas la moindre accumulation d'urine, on décide donc de ne pas le cathétériser inutilement. J'avais l'occasion de voir le malade le 14 novembre; il ne souffrait plus du tout du côté de son appareil urinaire, il se plaignait seulement de ses hémorrhoides. Au commencement du mois de janvier j'avais des nouvelles de la part du Dr Franzani qui m'annonçait que notre malade souffrait encore un certain temps d'un catarrhe de la vessie, soigné par des autiphlogostiques. Depuis une semaine il est tout à fait rétabli et a recommencé son travail de cultivateur.

**Observation de Bottini Archiv. für Klinische
Chirurgie, 1877.**

M. A. P. . ., d'Alexandrie, âgé de 63 ans, gros, très grand, m'est envoyé par le Dr Fassa. Il n'a jamais eu de maladie grave; il y a vingt ans il avait un abcès et une arthrite aiguë du genou droit et du coude gauche, maladies qui furent très bien guéries et ne laissèrent aucune trace. Depuis plus de deux ans il s'est aperçu qu'il urinait plus difficilement, et qu'à chaque miction une certaine quantité d'urine s'échappait involontairement. Au mois de janvier de l'année dernière il est pris de rétention après un voyage de deux heures dans une voiture. On le cathétérise plusieurs fois sans résultat et ce n'est qu'après l'avoir mis dans un bain qu'on le fait uriner après 18 heures d'atroces souffrances. Depuis ce jour le malade abandonne toutes ses occupations et ne fait que de se faire soigner par tous les médecins, qui cependant n'ont pas encore posé leur diagnostic sûr et entrepris un traitement rationnel. Le malade se présente chez moi ayant une idée fixe, que c'était un calcul de la vessie et ce n'est que peu à peu et avec difficulté que je suis arrivé à le persuader qu'il ne s'agissait pas d'un calcul. Je trouve de l'incontinence produite par

une vessie trop pleine — suite de l'hypertrophie de la prostate; la partie supracotriculaire et le lobe gauche étant plus grands que les autres parties. La paroi abdominale est très épaisse et il est difficile de palper la vessie, qui remonte presque jusqu'à l'ombilic. J'arrive avec grand'peine à atteindre la vessie avec une sonde bicoudée — une grande quantité d'urine s'échappe, mais il en reste encore dans la vessie. La vessie se contractait très faiblement et avant d'entreprendre l'opération je conseillais au malade de se sonder tous les jours et de prendre de la strychnine. Je constate, le 22 novembre, que les contractions de la vessie sont devenues plus fortes et je sou mets le malade en présence de son ami et médecin le Dr Rossi à l'incision thermo-galvanique de la prostate. L'incision a presque 2 centimètres de profondeur. L'opération fut terminée à midi et à 4 heures le malade s'est mis à uriner spontanément et sans aucune difficulté; le jet est fort et continu. Suite sans réaction; le malade n'a eu qu'un léger œdème du prépuce, ce qui le tourmente beaucoup; mais l'œdème fut combattu en moins de 8 heures. L'urine était rougeâtre le premier jour — elle était normale le lendemain, et le malade urinait toutes les 4-5 heures spontanément. Il quitta le lit 3 jours après l'opération; 5 jours après il quitta sa chambre.

J'ai vu ce malade ensuite; il urinait d'un jet fort et continu. Il partit le 9 décembre tout à fait guéri. Lorsque je fus au mois de février de passage à Alexandrie, j'ai eu le plaisir de voir ce malade qui m'assura que tout allait très bien.

Observation. Centralblatt für Chirurgie, 1885.

VIII

Au commencement du mois de juin 1884, M. A. P... arriva, accompagné du Dr Gregori et Castellani de Nagera à Pavia pour se faire soigner d'une ischurie qui durait depuis plusieurs années. Le malade est âgé de 68 ans, il est fort de constitution, avec des pommettes roses sur fond jaunâtre, ce qui se voit souvent chez ce genre de malades. Il avait eu en 1883 une pleuropneumonie, tout à fait

guérie. Il n'a jamais fait d'autre maladie. Depuis à peu près 10 ans il voit dans ses urines du sable d'un jaune foncé. Il ressent en 1880, pour la première fois, de la difficulté d'uriner et une forte brûlure après chaque miction. Le jet de l'urine est faible et après chaque miction quelques gouttes d'urine s'échappent encore involontairement. Le malade a remarqué depuis longtemps déjà qu'il urinait beaucoup trop souvent, mais il n'en faisait aucune attention.

Depuis 1881 il est obligé d'uriner toutes les deux heures, 20 à 50 grammes d'urine chaque fois. La vessie gardait à peu près 400 gr. On lui faisait des dilatations graduelles qui n'avaient pas de meilleur résultat que le traitement interne. Vers le mois de mars la quantité d'urine que la vessie gardait était d'un litre. Au toucher rectal on constate une tumeur très volumineuse sur la prostate.

M. le professeur Vanzetti cathétérise le malade plusieurs fois avec une sonde de Nélaton, l'urine est devenue plus trouble et très ammoniacale et le malade s'adressa à moi.

J'introduisis la sonde de Thompson et je retirai une grande quantité d'urine très ammoniacale et avec un dépôt contenant du pus et des mucosités. La vessie se contractait faiblement; quelques contractions à la fin de la miction.

J'ai constaté une hypertrophie notable du lobe moyen et du lobe droit de la prostate et j'ai proposé la cautérisation. J'ai ordonné de faire avant l'opération des lavages de la vessie avec de l'eau boriquée et des injections d'eau froide pour éveiller son activité. Sous l'influence de ce traitement la légère fièvre vespérale disparut, le malade devint plus fort, l'urine est devenue neutrale, puis acide et l'activité du muscle vésical s'éveilla — le jet d'urine est devenu beaucoup plus fort. C'est alors que j'ai fait l'opération avec mon instrument (décrit au Centralblatt, 1889) que je maintenais en ignition pendant 45 secondes; l'abaissement du manche de l'instrument m'avertit que la cautérisation était assez profonde. L'instrument retiré était tout à fait froid. Après un certain temps on introduisit une sonde à demeure.

Les premiers quatre jours après l'opération le malade n'avait pas de fièvre, il se plaignait seulement de temps en temps d'un grand besoin d'uriner, qu'on calmait avec des suppositoires de Belladone.

L'urine était retirée toutes les trois heures. J'ai pu retirer, le 9 juillet, la sonde à demeure et j'ordonnais de sonder le malade toutes les six heures; des lavages de la vessie matin et soir. Ce n'est que sept jours après l'opération que j'ai remarqué dans l'urine du malade du détritüs de l'escharre.

La première miction spontanée avait lieu le 27 juillet, c'est-à-dire 22 heures après l'opération, elle n'était que de quelques gouttes, mais peu à peu la quantité augmenta et elle atteignit le soir du 5 août 235 gr. Le malade fut en outre cathétérisé toutes les 4-5 heures et cela pour prévenir une accumulation d'urine. Le 10 août le malade émet spontanément 621 gr. d'urine (en quatre fois); le 17 août, 1 460 gr. d'urine de composition presque normale. Le 3 octobre la quantité d'urine émise était normale. L'urine est maintenant acide et sans résidu. On soignait le malade depuis le commencement avec de l'extrait de noix gallique et avec de l'électricité (courant induit — localement). Lorsque j'ai vu le malade au mois de janvier, je l'ai trouvé très bien et j'ai appris qu'il n'urinait que toutes les 3-4 heures, qu'il urinait spontanément et que le jet d'urine était fort et continu.

**Observation du Dr Musatti. Centralblatt für Chirurgie
1888.**

Je souffrais depuis huit ans d'une grande difficulté d'uriner, surtout la nuit et chaque fois que j'étais exposé à l'humidité (j'ai 70 ans, et je n'avais jamais eu d'autre maladie qu'une blennorrhagie dans ma jeunesse). Je fus obligé d'uriner au moins toutes les trois quatre heures, je sentais en m'éveillant des douleurs à l'hypogastre et au périnée, je souffrais de prostatorrhée, j'avais la nuit de fréquentes et pénibles mictions, accompagnées de pollutions; j'avais un catarrhe de la vessie, et longtemps après chaque miction, des gouttes d'urine sortaient involontairement. Pas un des nombreux moyens thérapeutiques et chirurgicaux qui m'ont été proposés n'arrivèrent à me soulager.

Je me considérais comme perdu et je consultais, pour faire le der-

nier essai, le professeur Bottini. Ce dernier posa le diagnostic d'une notable hypertrophie du lobe moyen et en partie du lobe droit de la prostate et me proposa la cautérisation galvanique. Après de nombreux lavages de la vessie, l'opération fut faite le 19 février.

Après avoir introduit 1,400 grammes d'eau boriquée dans la vessie, le professeur Bottini introduisit son cautérisateur et fit agir la batterie. Lorsqu'on retira l'instrument, tout le monde put constater qu'il était froid. Je puis assurer, du reste, que j'ai moins souffert pendant la diérèse galvanique que lorsqu'on cautérisait ma prostate avec du nitrate d'argent.

Cette douleur est si bien supportée, que je ne conseillerais à personne de se faire anesthésier. Après l'opération, le professeur Bottini m'introduisit une sonde à demeure.

Le soir après l'opération, et les trois jours suivants, la température ne surpassait pas 37°-37°2. Pas une seule goutte de sang ne s'est écoulée. Des injections avec de l'eau boriquée faible étaient faites soir et matin.

Le 23 février, on retira la sonde à demeure. Les deux premiers jours, j'avais pendant les mictions une sensation de brûlure assez forte. La quantité d'urine de chaque miction était de 80 grammes, elles se suivaient dans des intervalles de deux heures. Le même jour j'ai remarqué dans l'urine, qui contenait des mucosités, quelques morceaux détachés d'escharre.

J'ai quitté le lit le 24 février; pendant quatorze jours encore, on me donnait de l'extrait de noix gallique et on me faisait de l'électricité induite.

Le 7 mars, l'évacuation de l'urine se faisait tous les quarts d'heure et toutes les demi-heures; le 14 mars, toutes les six heures. La quantité en était de 200 grammes et s'éleva ensuite à 300-350 grammes.

Les derniers morceaux d'escharre sortirent le 9 mars. On m'introduisit de gros Beniqués n° 35-44 qui devaient rester chaque fois dix minutes, cela n'a pas été du tout pénible pour moi. Je puis assurer que je n'ai jamais eu, depuis, cette sensation de douleurs que j'avais toujours en m'éveillant; ma santé générale est bonne, et je suis de meilleure humeur. L'urine ne contient pas de mucus, les mictions se suivent dans des intervalles de cinq à six heures; chacune est de 250-300 grammes. Je dors bien la nuit.

Observations du Dr Grosztlück. Medycini 1899.

I

J. M..., âgé de 64 ans, commerçant, arrive à l'hôpital le 24 novembre 1898. Il souffre depuis cinq ans de troubles de la miction. Il a déjà été opéré deux fois d'un calcul de la vessie ; il y a trois ans, on lui a fait une prostatomie ; il y a un an, une lithotritie.

Actuellement, le malade se plaint d'un besoin très fréquent d'uriner ; il urine plusieurs fois par heure, aussi bien le jour que la nuit. L'urine sort difficilement, souvent elle s'arrête et recommence à s'écouler goutte par goutte ; le jet d'urine est faible. Après la miction, le malade ressent une grande douleur au gland ; les dernières gouttes d'urine contiennent souvent du sang. Il souffre beaucoup la nuit ; à la suite de ses besoins si fréquents et de l'impossibilité de vider complètement sa vessie, le malade est obligé de se lever de son lit tous les quarts d'heures ou toutes les demi-heures. L'urine est trouble, contient des traces d'albumine, le sédiment contient de nombreux leucocytes et des corpuscules rouges du sang.

Au toucher rectal, on constate une hypertrophie notable de la prostate, surtout du lobe droit. Le méat urinaire est grand, l'explorateur ne trouve aucun obstacle en traversant l'urètre, mais il passe difficilement par la portion prostatique et rentre dans la vessie où il rencontre un calcul petit et dur.

La vessie.

Diagnostic. — Calcul vésical, hypertrophie de la prostate, cystite.

Pendant huit jours, on fait des lavages de la vessie à l'eau boricée et au nitrate d'argent ; le 2 décembre, on a fait une lithotritie. On a fait l'opération sans chloroforme (Dr Krajenski). Le calcul, gros comme une noisette, était formé d'acide urique. Suites de l'opération normales.

Mais l'état du malade reste le même ; il urine souvent et avec difficulté, douleurs à la fin de chaque miction. On examine le malade plusieurs fois avec un explorateur, sans résultat.

Le 12 décembre, on le soumet à l'examen cystoscopique et on

constate la présence de deux petits calculs de la grosseur d'une tête d'épingle, tous les deux dans le bas-fond de la vessie. La prostate est très augmentée de volume, surtout son lobe droit et son lobe moyen, qui présentent tous les deux de notables bosselures. La muqueuse vésicale est fortement injectée, elle présente par places des taches rougeâtres et blanchâtres. Au deuxième examen cystoscopique, fait le 7 janvier 1899, on constate que la prostate est dans le même état, mais on ne trouve plus de calculs. Pendant tout ce temps, la vessie est soigneusement lavée tous les jours, soit à l'eau boricuée, soit au nitrate d'argent ; malgré cela, le malade dit qu'il ne sent pas de soulagement, sauf que les douleurs dans le gland sont amendées.

L'activité du muscle vésical est normale, la quantité d'urine restant dans la vessie est différente : 75, 100, 130 c. c. ; la quantité d'urine émise chaque fois est de 30-50 c. c. Le besoin d'uriner se répète toutes les demi heures, parfois plus souvent. Épididymite droite. En présence de tous ces faits, je me décide à recourir à l'opération de Bottini.

Le 17 février 1899. — Opération de Bottini. Après avoir soigneusement lavé la vessie à l'eau boricuée et après l'avoir vidée, on injecte dans l'urèthre 10 grammes de cocaïne au 1 0/0 qu'on répand le long de l'urèthre, dans la direction de la vessie, et cinq minutes après j'introduis l'appareil de Bottini, *lege artis*, dans la vessie, et après m'être persuadé par le toucher rectal que le bec de l'instrument a saisi la prostate, je fais trois incisions ; la longueur de l'incision du lobe droit et du lobe moyen était de trois centimètres ; celle du lobe gauche de deux centimètres et demi. Le malade ne souffrait presque pas ; pendant qu'on faisait la première incision, quelques gouttes de liquide rougeâtre sortaient de l'urèthre. Il était un peu difficile de retirer l'instrument, la difficulté a été combattue. L'instrument retiré était un peu courbé et n'est pas rentré dans son étui, sur le bord supérieur duquel il s'était appuyé. J'ai vu, après avoir retiré l'instrument, quelques gouttes de sang dans la lumière de l'urèthre. Cette petite hémorrhagie a cessé tout de suite. On n'a pas mis de sonde. L'opération a duré deux minutes.

Suites d'opération. — Pas de fièvre. Pendant tout le temps qu'on avait le malade en observation, la température n'a pas dépassé 37°.

Après l'opération, l'urine du malade était un peu rougeâtre; le soir du même jour, il n'y avait plus de sang dans l'urine. Le malade urine beaucoup plus facilement et dans des intervalles plus éloignés, toutes les demi-heures.

Dans la nuit du 20 février, un peu de sang dans l'urine; le matin du même jour, il n'y avait plus de sang, aussi bien que les jours suivants. Pas de complications. On faisait tous les jours des lavages de la vessie avec du nitrate d'argent 1 : 3000. Depuis le 28 février, le malade urine trois ou quatre fois dans la journée et autant de fois la nuit; la miction se fait sans difficulté et d'une manière continue; le jet en est fort. La quantité d'urine émise en une fois est de 180-200 c. c. La vessie se vide complètement.

Le malade sort de l'hôpital le 3 mars 1899 dans un état tout à fait satisfaisant.

II

S. T., âgé de 59 ans, cultivateur, s'est présenté à l'hôpital le 20 février 1899. La première rétention aiguë de l'urine avait lieu il y a trois ans; on a vidé la vessie douze heures après avec la sonde. Depuis ce temps, il urine fréquemment et est obligé de se servir de temps en temps de la sonde.

Cet état dura à peu près un an et demi. Le malade entre dans le service où on constate une hypertrophie de la prostate et une cystite. L'état local est amélioré sous l'influence des lavages quotidiens de nitrate d'argent, et le malade sort de l'hôpital ayant reçu des instructions concernant la manière de se servir de la sonde. Il n'a pas besoin de la sonde durant une demi-année, mais il urine toujours avec peine et trop souvent, surtout la nuit. Il y a une année, nouvelle rétention complète, le malade est obligé de se servir, depuis ce temps, de la sonde, quoi qu'il ne s'en sert pas dans la journée.

Actuellement, le malade urine spontanément dans la journée, mais la nuit il ne peut émettre une seule goutte sans sonde et est obligé de se lever deux ou trois fois dans une nuit pour uriner. Les mictions spontanées se font cependant avec grande difficulté et avec de grands efforts, et le malade n'est pas en état d'émettre en une fois plus de 30 ou 40 grammes; il est donc obligé d'uriner toutes les demi-heures.

L'urine est trouble, acide, elle contient des traces d'albumine. Le sédiment en est abondant et se compose surtout de corpuscules de pus. Le malade ne souffre pas du tout.

A l'examen avec la sonde, on constate une prostate très hypertrophiée, molle, augmentée presque régulièrement. La paroi supérieure de la prostate n'est pas accessible au doigt.

A l'examen cystoscopique, on constate une augmentation presque régulière de tous les lobes de la prostate, on constate en outre sur sa paroi libre de nombreuses inégalités. La paroi interne de la vessie présente des colonnes très développées auxquelles adhèrent de fausses membranes. La muqueuse vésicale est pâle partout. Pas de corps étranger dans la vessie.

On introduit la sonde Nélaton dans la vessie sans obstacle. L'urine sort en un jet assez fort. La quantité d'urine restant dans la vessie est de 200 à 300 grammes.

Le testicule droit est gros comme le poing, douloureux ; son enveloppe est dure, inégale. Le testicule gauche est normal.

L'état général est satisfaisant. La température du corps est normale, la langue est humide.

Diagnostic. — Hypertrophie de la prostate, rétention d'urine chronique et incomplète ; cystite.

Pendant trois jours, on fait des lavages de la vessie avec de l'eau boricuée et du nitrate d'argent à 1/3000.

Le 24 février 1899. — Opération de Bottini. On a fait, immédiatement avant l'opération, un lavage de la vessie avec de l'eau boricuée, on a anesthésié l'urèthre en injectant 10 grammes de cocaïne 2 0/0. J'ai fait trois incisions dans la direction du lobe moyen, droit et gauche ; chaque incision avait trois centimètres de long. Après avoir fait l'incision du lobe moyen, j'ai remarqué quelques gouttes de sang. J'ai retiré l'instrument sans difficulté et j'ai vu que l'inciseur était très bien enfoncé dans son étui. J'introduisis dans la vessie, tout de suite après l'opération, la sonde de Mercier ; puisqu'on a constaté que l'urine avait une teinte légèrement rougeâtre, on a lavé la vessie et on a retiré la sonde. Le malade n'a ressenti, pendant l'opération, presque aucune douleur, et il est rentré dans la salle tout seul. L'opération a duré moins de trois minutes.

Suites de l'opération. — Un peu de temps après l'opération, le malade urine spontanément et sans difficulté, mais vers le soir, une rétention complète s'est déclarée. J'ai vidé la vessie avec la sonde de Mercier et j'ai laissé la sonde à demeure. La température du soir était de 37°, le malade ne souffre pas, état général satisfaisant. L'urine est très légèrement teintée en rouge.

Le 25 février. — Température du matin, 38°4, pouls à 72, langue humide, pas de douleurs. La sonde agit bien, le malade l'a débouchée deux fois pendant la nuit. L'urine ne contient pas de sang. Température du soir, 38°1 ; le malade a uriné avec la sonde trois fois pendant la journée. On a fait un lavage de la vessie avec de l'eau boriquée.

Le 26 février. — Température du matin : 37° ; elle ne monte pas le soir. État général bon. La sonde reste à demeure, le malade la supporte très bien.

Le 27 février. — Température du matin : 36°7 ; l'urine ne présente pas de sang, on fait un lavage de la vessie et on retire la sonde.

Le 28 février. — Pas de fièvre. Le malade urine toutes les heures sans difficulté, il a bien uriné la nuit et s'est ainsi passé, pour la première fois depuis un an, de la sonde. La quantité d'urine qui restait dans la vessie est de 125 grammes.

Le 1^{er} mars. — Le malade urine sans difficulté toutes les demi-heures, il ne s'est pas servi de la sonde la nuit. La quantité d'urine restée dans la vessie est de 50 grammes. On fait des lavages de la vessie avec de l'eau boriquée et du nitrate d'argent.

Le 2 mars. — Rétention d'urine la nuit, le malade est obligé de se sonder une seule fois. La quantité d'urine de chaque miction est de 100 à 110 grammes. La quantité d'urine restée dans la vessie est de 125 grammes.

Depuis le 3 au 13 mars, cet état ne change pas. Le malade est obligé de se servir de la sonde une ou deux fois dans la nuit. Ce n'est que la nuit du 9 qu'il s'est passé de la sonde. En présence de ces faits je considérerais comme nécessaire une deuxième opération de Bottini.

Le 14 mars. — Nouvelle opération de Bottini, faite comme la première fois : trois incisions de trois centimètres de long chacune et correspondant aux trois lobes de la prostate. On a anesthésié l'urè-

thre avec 10 grammes de cocaïne à 1 0/0, la douleur a été assez grande pendant l'opération; hémorrhagie insignifiante. L'instrument a été retiré sans difficulté, mais l'inciseur était dégagé de sa poche et était appuyé sur le bec de l'instrument. L'opération a duré deux minutes.

Le 15 mars. — Après l'opération, le malade urine facilement toutes les deux ou trois heures; l'urine ne contenait pas de sang. La température de la veille était de 36°6, de ce matin, 39°; pas de frisson. Il n'avait pas besoin de la sonde la nuit.

Le 16 mars. — État général bon. Température d'hier soir, 38°, de ce matin, 36 8. L'urine sort sans difficulté toutes les deux ou trois heures. La vessie est lavée tous les jours. La quantité d'urine gardée par la vessie est de 100 à 120 grammes.

Le 17 mars. — Pas de fièvre. Le malade urine depuis l'opération sans sonde, même la nuit. Cette nuit, le malade a dormi quatre heures de suite, ensuite, miction abondante.

Les 18 et 19 mars. — État tout à fait satisfaisant.

Le 20 mars. — Le malade est obligé de se sonder la nuit une fois, la nuit du 21 deux fois.

Le 22 mars. — Température du matin 38°, du soir 38°6. L'urine sort sans difficulté. Le malade se plaint des douleurs à la tête, il se sent courbaturé. Pas de frisson.

Le 23 mars. — Température du matin 40°, poulx à 120, langue assez sèche. Le malade urine facilement, sans sonde. L'urine est devenue claire sous l'influence des lavages quotidiens. On examine le malade et on ne trouve rien qui pourrait expliquer l'élévation de la température. Le malade ne souffre pas ni au niveau des reins ni de la vessie. En faisant le toucher rectal, on constate que la prostate est indolore.

Rien du côté des poumons. Le testicule droit est maintenant indolore, on y constate de l'hydrocèle. La fièvre durait jusqu'au 27 mars, et ce n'est que le matin du 28 que la température est tombée à 36°6.

Température de ces derniers jours :

Le 23 mars, soir, 39°.

Le 24 mars, matin, 38°6; soir, 39°2.

Le 25 mars, matin, 36°6; soir, 37°8.

Le 26 mars, matin, 37°2 ; soir, 38°8.

Le 27 mars, matin, 37° ; soir, 38°.

Pendant tout ce temps le malade urinait facilement, sans sonde. La quantité d'urine de chaque miction était de 150 grammes, la quantité d'urine qui est restée dans la vessie est à peu près de 100 grammes. L'urine est un peu trouble. L'état général va en s'améliorant vile, et le malade sort de l'hôpital le 30 mars. Il n'a plus maintenant besoin de la sonde.

III

M. K..., âgé de 62 ans, cultivateur, est entré à l'hôpital le 23 février 1899, il urine avec difficulté depuis trois ans. Il y a deux ans et demi, rétention complète ; depuis ce temps, le malade se sert continuellement de la sonde, et cela cinq à six fois par vingt-quatre heures. Il ne peut émettre spontanément qu'une dizaine de gouttes, et cela avec de grandes difficultés. Le dernier temps, l'urine contient du sang, ce qui inquiète beaucoup le malade. Il ne ressent aucunes douleurs. L'urine est acide, trouble, fétide, présente des traces d'albumine et de nombreux leucocytes. Au toucher rectal, on constate que la prostate est notablement hypertrophiée et que sa limite supérieure est inaccessible au doigt. Les deux lobes latéraux paraissent pareillement augmentés de volume, ils ont une consistance molle, pas d'indurations. Le méat urinaire est assez grand, rien d'anormal dans l'urèthre. On introduit le cystoscope sans difficulté et on constate que tous les trois lobes de la prostate forment une tumeur proéminente dans la vessie et formant autour du col de la vessie un anneau épais. A la surface de la prostate, on constate de nombreuses irrégularités et des caillots de sang qui adhèrent. Dans la profondeur du bas-fond de la vessie, on constate un gros caillot brunâtre de sang. La muqueuse de la vessie trahit tous les caractères d'une vessie à colonnes, la muqueuse offre par endroits des taches sombres bien visibles sur le fond rose. On ne trouve pas de calcul. L'état général est bon. Température normale, pouls à 72, langue humide.

Diagnostic. — Hypertrophie de la prostate, rétention de l'urine chronique et incomplète ; cystite.

On fait pendant huit jours des lavages de la vessie à l'eau boriquée

et au nitrate d'argent à 1/1000 à l'aide de la sonde, qu'on laissait parfois à demeure à cause d'hémorragies qui se déclaraient aussi de temps à autre à l'hôpital et aussi parce que l'urine contenait du pus.

L'urine s'écoule par la sonde avec un jet faible, mais lorsqu'on a injecté une solution de nitrate d'argent, on voit le liquide sortir avec force. La quantité d'urine que la vessie gardait était de 280 à 300 grammes.

Le 3 mars 1899. — Opération de Bottini. On a fait trois incisions, chacune de trois centimètres de long, on a incisé notamment le col de la vessie en bas et de côté. On a fait l'opération à la cocaïne, le malade a très peu souffert pendant l'opération. Très peu de sang pendant et après l'opération. Après avoir retiré l'instrument, on a constaté que le couteau était recourbé.

L'opération faite par le Dr Krajewski a duré deux minutes. L'urine restant fétide malgré les lavages très énergiques de la vessie, on décide d'introduire tout de suite après l'opération la sonde de Nélaton, qu'on laisse à demeure.

Suites d'opération sans complications. Pendant tout ce temps, la température n'a pas dépassé 37°. État général satisfaisant. Pendant deux jours, c'est-à-dire le 4 et le 5 mars, l'urine ne contenait pas de sang. Le 5, on retire la sonde.

Le 6 mars. — Le malade ne souffre pas, l'urine est sanguinolente, elle sort plus facilement qu'auparavant et plus abondamment (50 à 70 grammes). Le malade est cependant obligé de se sonder trois fois dans les vingt-quatre heures.

Le 7 mars. — L'état général est resté stationnaire. L'urine contient toujours du sang. Sonde de Nélaton à demeure.

Le 8 mars. — Urine sans sang. On retire la sonde.

Le 9 mars. — Le malade s'est sondé deux fois hier, il urine plus abondamment mais difficilement. Urine dépourvue de sang.

Le 10 mars. — Le malade ne s'est sondé qu'une fois la nuit. La quantité d'urine restée dans la vessie est de 150 c. c.

Les 11-13 mars. — Le malade se sonde deux fois par vingt-quatre heures. Il urine spontanément toutes les heures de 50 à 60 c. c. d'urine chaque fois. Urine sans sang.

Le 14 mars. — J'ai fait une nouvelle opération de Bottini en inci-

sant cette fois non seulement les parois inférieures et latérales du col de la vessie, mais aussi sa paroi supérieure (antérieure). J'ai donc fait quatre incisions de trois centimètres de longueur. Pendant l'opération, très légère hémorrhagie, mais le malade souffrait beaucoup, malgré l'injection de cocaïne. Cette fois-ci, l'inciseur retiré se trouvait dans son étui. L'opération durait trois minutes.

Le 13 mars. — Pas de fièvre, pas de douleur. L'urine ne contient pas de sang, elle sort avec difficulté. Il n'avait pas besoin de la sonde.

Vu la difficulté d'uriner, j'introduisis la sonde de Nélaton, que j'ai laissée à demeure pendant deux jours.

Le 17 mars. — J'ai retiré la sonde. L'urine ne contient pas de sang.

Le 23 mars. — L'état général est bon. Le malade se sonde deux et trois fois par vingt-quatre heures; l'urine de chaque miction spontanée est plus grande qu'avant l'opération (50 à 70 c. c.). L'urine ne contient pas de sang, mais elle est toujours fétide.

Observations de M. Rydygier. Wiener Klinische Wochenschrift, 1899.

I

Malade âgé de 75 ans; entré à la clinique le 19 juillet 1898.

Rien du côté de ses antécédents héréditaires; fit à cause de sa « maladie du foie » plusieurs cures à Karlsbad, à Marienbad, à Peptitz. Il y a 10 mois, le malade est pris subitement de rétention d'urine qui dure 24 heures; on fait appeler un médecin qui fait uriner le malade en le sondant. Depuis ce temps il est obligé de se sonder, une seule goutte d'urine ne sortant spontanément. Après un mois, l'état du malade s'est amélioré, il urine difficilement mais sans sonde. Quelques semaines plus tard nouvelle rétention; au début le malade se cathétérise plusieurs fois par jour, mais depuis deux mois un ténisme persistant et douloureux l'oblige à se sonder plus souvent. Le dernier temps le malade a remarqué du sang dans ses urines. Il se plaint de constipation, qui le force à se purger régulièrement.

Etat actuel. — Le malade est petit et d'une faible constitution, mal nourri. Il est pâle et maigre, ses conjonctives sont jaunâtres. Léger emphysème pulmonaire; bruits du cœur affaiblis. A la percussion du poulmon on constate un son clair, légèrement tympanique. Respiration normale, quelques craquements humides disséminés. Pouls à 70, régulier; artères normales, pas scléreuses. Température à 36°5. Voussure abdominale normale, rien du côté du foie et de la rate. A la percussion de la paroi abdominale on constate du tympanisme. Les organes génitaux externes sont normaux. Le cathéter de Nétalon n° 16, traverse l'urèthre avec facilité. L'examen de l'intérieur de la vessie avec une sonde métallique ne donne rien de particulier. Au toucher rectal on constate à l'endroit où doit se trouver la prostate une tumeur, recouvrant la paroi antérieure du rectum, de la grosseur d'un œuf de poule, uniformément dure, immobile, douloureuse, à contours inégaux. La limite supérieure de la tumeur est inaccessible au doigt. Le reste du rectum est normal.

Analyse de l'urine. — Jaune rougeâtre, réaction alcaline, poids 1,025, abondant sédiment, albumine 0,02 0/0 (relativement à la quantité de leucocytes) quantité de sucre normale, phosphate de calcium, carbonate d'ammonium. Dans le sédiment on trouve de nombreux leucocytes, en partie détruits; des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien et de phosphate de calcium, de nombreux microorganismes et beaucoup de mucus.

Diagnostic. — Hypertrophie de la prostate, cystite catarrhale chronique, emphysème pulmonaire.

Observation clinique depuis le 13 au 22 juillet — Il est impossible au malade d'uriner spontanément. On le cathétérise toutes les 2-3 heures et on nettoie une fois par jour la vessie avec une solution boricuée à 3 0/0. Régime lacté, salol. Aucune amélioration. Température 36°5 à 36°9.

22 juillet. — Opération. L'urèthre et la vessie sont soigneusement lavée à l'eau boricuée; le col de la vessie est anesthésié à la cocaïne à 10 0/0. On fait sans aucune difficulté une incision d'arrière en avant avec l'appareil de Bottini original. Les incisions latérales sont un peu plus difficiles à pratiquer; on sent un obstacle en retirant l'instru-

ment, obstacle qui est dû à ce que l'inciseur n'a pas été entièrement recouvert par sa gaine.

Suites de l'opération. — 22 juillet. — Cinq heures après l'opération un grand besoin d'uriner. Impossible d'introduire une sonde de Nélaton. On prescrit un bain chaud (dans lequel le malade a une syncope) des suppositoires à la morphine et de l'extrait de belladone. Le soir on retire, en sondant le malade avec un cathéter anglais, une petite quantité d'urine sanguinolente; on lave la vessie à l'eau boricquée. Température du soir, 38°.

Le malade perd pendant la nuit plusieurs gouttes d'urine sanguinolente. Il se plaint de douleurs dans l'aîne et au périnée.

23 juillet. — Le malade perd de temps en temps quelques grammes d'urine; il reçoit 3 fois par jour de l'euphine 0,30; 2 fois par jour du nitrate de strychnine 0,60; bicarbonate de soude 10,6. On lui donne un purgatif salin contre sa constipation. On le sonde avec un cathéter anglais « coudé » 4 fois par jour et on retire chaque fois de l'urine trouble et sanguinolente. Après chaque cathétérisme, lavage aseptique de la vessie. Température matin 37°8; soir 36°8.

24 juillet. — Légère tuméfaction du scrotum. Toutes les 4 heures on le sonde avec une sonde de Nélaton et on lave la vessie avec de l'eau boricquée ou du permanganate de potassium. Le soir grandes douleurs dans le ventre et hoquet. Température le matin, 37°2; soir, 36°9.

25 juillet. — Endolorissement de toute la paroi abdominale; on lui applique une compresse d'eau chaude. Le soir, augmentation de l'œdème du scrotum. A la prostate une infiltration diffuse, empêchant de distinguer ses contours par le toucher rectal. L'urine du soir est fétide. La quantité d'urine émise chaque fois est égale à 200-250 gr. Température du matin : 37°5, du soir : 37°9.

26 juillet. — Le malade est sans connaissance, le pouls est petit, fréquent. Ventre ballonné, douloureux; son tympanique depuis sa limite supérieure jusqu'à la ligne qui unit les deux épines iliaques antéro-supérieures. Au-dessous de cette ligne légère matité. La peau de l'abdomen au-dessus de la ligne de matité est jaune-bleuâtre. La paroi abdominale, le scrotum, le pénis et le périnée sont infiltrés. On

fait une injection sous-cutanée de caféine. Le malade succombe vers midi. Diagnostic : infiltration de l'urine, paracystite, septicémie.

Autopsie. — Emphysème pulmonaire, le poumon droit présente quelques petits foyers de pneumonie catarrhale. Le cœur en systole, les artères sont légèrement tendues. Le muscle cardiaque est résistant, jaune-brunâtre. Les valvules mitrales présentent quelques infiltrations calcaires. L'aorte est par places athéromateuse. Les anses intestinales sont accolées et recouvertes d'une mince couche de fibrine. Une petite quantité d'exudat dans le ventre. Rate petite, à capsule épaisse. Foie atrophié, dur.

Au-dessus de la symphyse infiltration de la paroi abdominale. Les parties inférieures des muscles de l'abdomen verdâtres, œdématisées, couvertes d'ecchymoses. La vessie remplit presque tout le petit bassin, son péritoine est vert-grisâtre, légère couche de fibrine.

Des deux côtés près des muscles psoas-iliaques infiltration de sang. Le même aspect au niveau de la vessie et du rectum. La muqueuse uréthrale est normale. L'entrée dans la vessie est en partie obstruée par les lobes de prostate hypertrophiés. La muqueuse de la prostate est par places amincie; ces endroits sont jaunâtres.

Au niveau du trigone de Lieutaud et dans une région correspondant au lobe moyen de la prostate on voit une fossette longue de 3 centimètres, large de 2 centimètres dont le fond et les bords sont couverts d'eschares et qui comprend la muqueuse et la muscularis jusqu'au péritoine, sans entamer ce dernier.

Les orifices des urèthres sont à peu près à un centimètre de cette fossette, elles sont normales.

Les urètères sont un peu éloignées l'une de l'autre et épaissies dans leur extrémité supérieure.

Les reins présentent une atrophie sénile. La muqueuse du bassinet est rougeâtre et couverte d'ecchymoses. La muqueuse de la vessie est gris-ardoisé. Dans la vessie un calcul de la grosseur d'un pois.

Dans la vésicule séminale on trouve un peu de liquide sale et fétide. Un liquide analogue infiltre la cavité sus-péritonéale près de la vessie. Les canaux déférents épaissis.

**Observations de Frendenberg. Allgemeine Med.
Centralzeitung, 1897.**

I

Le malade est âgé de 81 ans, il est obligé de garder le lit depuis 3 semaines. Depuis à peu près 2 mois rétention complète; enuresis. Quatre jours après la deuxième opération, émission spontanée d'urine. Depuis ce temps le malade ne se sert plus de la sonde, presque plus de résidu. Le malade a gagné 14 kilog. 1/2.

II

Malade âgé de 67 ans. Depuis 5 mois rétention complète. Enuresis. Pyélite chronique. Il est obligé de garder son lit depuis 3 mois. Quatre heures après l'opération miction spontanée. Maintenant 4-10 mictions dans les 24 heures. Enuresis seulement la nuit. L'urine étant trouble, on fait pendant plusieurs jours encore des lavages de la vessie. Le malade ne se sert plus de la sonde.

III

Malade âgé de 63 ans, besoin d'uriner très fréquent, le malade est obligé d'uriner 60 à 70 fois dans les 24 heures. Lavages de la vessie sans résultat. Opération. Trois jours après hémorrhagie. On introduit une sonde à demeure. Dix-neuf jours après un morceau d'escharre de la prostate. Actuellement le malade urine 8 à 9 fois dans les 24 heures. Il a gagné 1 kilog. en 15 jours.

IV

Malade âgé de 68 ans, rétention complète depuis 5 mois, enuresis forte. Trois heures après l'opération, le malade émet 111 cm³ d'urine; le soir du même jour — 271 cm³. On ne se sert depuis 16 jours de la sonde que pour faire des lavages. Plus d'émission involontaire d'urine.

V

Malade qui fut obligé d'uriner pendant toutes les heures, il est en outre obligé de se sonder 3 fois par jour. Sans sonde le malade urine toutes les 20-30 minutes et il souffre beaucoup. Depuis l'opération le malade urine spontanément 8 à 9 fois par 24 heures; il peut attendre entre les deux mictions 7-7 1/2 heures.

VI

Malade âgé de 63 ans, qui m'a été présenté par le Dr Casper au mois de juillet 1893. Il souffrait alors d'une hypertrophie de la prostate et d'une cystite grave. La quantité de résidu était alors de 700 à 1,000 cm³. On sonde le malade régulièrement et on lui fait des lavages de la vessie — la cystite est améliorée, mais la quantité de résidu urinaire est augmentée et vers la fin de 1894 il est impossible au malade d'uriner une seule goutte sans sonde. Le 5 juin 1894, M. le Dr Casper fait une castration double, sans aucun résultat. Après l'opération, le malade ne peut pas non plus uriner sans sonde et malgré les lavages un catarrhe de moyenne intensité de la vessie s'est déclaré. J'ai fait à ce malade 3 ans après la castration — en été de 1898 — l'opération de Bottini. Déjà la première nuit après l'opération le malade a émis spontanément un peu d'urine; 10 après la quantité de résidu est tombée à 55 cm³. Depuis le deuxième jour après l'opération le malade n'est sondé que le matin et le soir; depuis le dix-huitième jour une seule fois; 34 jours après l'opération il n'a plus besoin de la sonde. La quantité de résidu est le matin : 11-40 cm³, le soir : 15-52 cm³. Le malade urine sans difficulté en un jet fort toutes les 6-8 heures. L'urine est devenue claire; depuis 5 mois le malade ne se sonde plus et ce résultat est obtenu même sans strychnine et sans électricité. L'état général est beaucoup meilleur.

Analyse des 8 observations de Frendenberg. XII^e Congrès international de Moscou, de Saint-Petersbury. Medicinische Hochenschrift, 1897.

Age de mes malades : 55-81 ans; plusieurs d'entre eux avaient la rétention complète (dataut de 8 semaines à 5 ans). Dans un de ces cas une castration double a été faite sans aucun résultat; dans 5 cas, rétention incomplète, c'était la douleur pendant les mictions qui a décidé ces derniers malades à se faire opérer. Toutes les observations ont été faites à la cocaïne.

Deux de mes malades sont morts. Le premier 24 heures après l'opération, mais j'attribue la mort de ce vieillard de 81 ans 1/2 plutôt à sa pyélite chronique et à son très mauvais état général. Le second avait une pneumonie emboliforme, mais ici la mort était malheureusement la conséquence de l'opération exceptionnellement malheureuse. Je dis exceptionnellement parce que je ne connais pas de cas pareil dans toute la littérature sur l'opération de Bottini.

Mes sept autres malades qui avaient une rétention complète (rétentions qui duraient de 8 semaines à 5 ans) ont commencé à uriner spontanément après l'opération. Quatre d'entre eux vidaient complètement leur vessie, de sorte qu'on n'aurait en général pas besoin de les sonder si ce n'était leur cystite. Les trois autres ont encore une plus ou moins grande quantité de résidu dans leur urine, mais il n'y a pas encore longtemps qu'ils ont été opérés et on peut espérer une plus grande amélioration avec le temps. L'opération des trois sujets ayant des rétentions incomplètes a donné des résultats tout à fait remarquables. Ainsi un de ces malades qui avant l'opération urinait 60 à 70 fois par 24 heures, n'urinait après l'opération que 8 à 10 fois pendant ce même temps. Les trois autres urinaient encore plus rarement, la quantité de mictions était chez eux presque normale.

Sa cystite a soit totalement disparu ou bien elle s'est considérablement améliorée après l'opération. Dans un cas nous avons pu constater une notable amélioration d'une pyélite. L'état général de

mes malades est devenu beaucoup mieux. Nous avons pu constater chez des sujets que nous avons régulièrement pesé une notable augmentation de poids : de 10 livres en 4 semaines; de 4, 5, 9, 13 et 17 en 2 mois, même de 28 livres $1/2$ en 3 mois. Dernièrement un de mes malades, âgé de 81 ans, qui souffrait de rétention complète et d'une cystite grave et qu'on considérait comme presque perdu avant l'opération, s'est si bien rétabli, qu'il a l'air d'une personne jouissant d'une parfaite santé et qu'il ne s'est pas servi de la sonde depuis le 6 mars.

Je ne veux pas insister sur chaque cas en particulier; je veux cependant raconter l'histoire d'un de mes malades, parce qu'elle démontre la supériorité de l'opération de Bottini sur la castration, qui est encore à la mode et qu'elle prouve quels beaux résultats on peut atteindre avec l'opération de Bottini. — Ce malade est âgé maintenant de 63 ans; en 1893, il s'est présenté chez moi atteint d'une hypertrophie de la prostate et d'une cystite grave. Le résidu était déjà alors de 700 à 1,000 cm³. On le sondait régulièrement et on faisait des lavages de la vessie; la cystite s'améliora, mais le résidu augmenta encore. Peu de temps après le malade ne peut plus spontanément émettre *une seule goutte d'urine*. Cela avait lieu il y a 3 à 3 ans $1/2$. Le malade se voyant destiné à vivre toute sa vie avec la sonde dans la main, s'est adressé à M. Casper, qui lui a fait, le 5 juin 1894, c'est-à-dire il y a 3 ans, la castration double. *La castration resta sans aucun résultat!* Le malade n'a pas pu uriner après l'opération une seule goutte d'urine spontanément.

Je lui ai fait, le 27 avril 1897, l'opération de Bottini. Cinq heures et demie après l'opération le malade urine spontanément 6 cm³ d'urine rosâtre; le malade urine 3 fois dans la nuit de 1 à 7 cm³ d'urine dépourvue de sang, constatable à l'œil nu. Deux jours après l'opération le malade émet 55 cm³, trois jours après 132 cm³ d'urine en une seule fois.

Le 7 mai, c'est-à-dire 10 jours après l'opération il n'émet que 55 cm³ d'urine avec du résidu. Déjà deux jours après l'opération on ne sondait le malade que 2 fois par 24 heures; 18 jours après l'opération (15 mai) une fois la sonde et un lavage de la vessie; depuis le 31 mai (34 jours après l'opération) le malade n'a plus besoin de a

sonde. Le résidu était le matin de 11 à 40; le soir de 15 à 52 cm³. La température était 5 jours après l'opération à la suite d'une indigestion de 38°0; après elle ne dépassait jamais 37°5.

Le malade urine maintenant 7 à 8 fois en 24 heures, sans difficulté et en jet fort. L'urine est devenue tout à fait claire,

**Cinq observations de Hané de Wiener. Medicinische.
Presse 1898.**

I

Le malade est âgé de 45 ans. Hypertrophie notable du lobe moyen de la prostate et cystite avérée que je soignais déjà depuis quelques mois dans l'Ambulatoire Mariahof. La cystite allait déjà mieux, lorsqu'il y a quelques semaines le malade commence à uriner fréquemment et avec difficulté. Il urinait 30 à 35 fois dans les 24 heures. Il urinait 12 fois dans une nuit et ne pouvait jamais dormir tranquillement. Le malade a maigri et a perdu les forces ce dernier temps. Résidu ur. de 600 gr.

Je fis l'opération de Bottini à la cocaïne en présence du Dr Kurzweil, assistant du Sanatorium. L'opération était presque sans douleur pour le malade, j'introduisis après une sonde et je fis un lavage de la vessie à l'eau boriquée. Le malade a uriné tout de suite après l'opération de 30 gr. d'urine, il se reposa pendant une heure, urina encore un peu et se rendit tout seul à son domicile situé à une demi-heure de la Clinique. Pas la moindre réaction.

Il arriva trois jours après l'opération dans mon service dans l'Ambulatoire Mariahof.

La quantité du résidu ur. toucha après 14 jours à 200 gr. ; — 10 jours après il n'était que de 100 gr. Le malade urinait 6 fois la nuit, 7 à 8 fois le jour. L'urine est devenue claire. Ce résultat se maintenait encore 2 mois après l'opération et j'en suis tout à fait satisfait (une seule incision au lobe moyen).

II

Malade âgé de 72 ans, atteint d'une cystite avérée ; la prostate est augmentée de volume et dure ; le malade souffre en urinant surtout au commencement de chaque miction, il urine fréquemment. Le malade me supplie de le soulager. Je me suis décidé à entreprendre l'opération de Bottini et j'ai fait deux incisions au niveau du lobe moyen de la prostate. L'urine était après l'opération légèrement rougeâtre ; c'est pourquoi j'introduisis pour les premières 24 heures une sonde à demeure. Le lendemain l'urine est plus claire. Température 37°. J'ai retiré la sonde. Le malade urine spontanément, il souffre un peu les premiers huit jours, quoiqu'il urine moins souvent et il se sent tout à fait bien dix jours après. Il urine dans les intervalles de 2 à 3 heures, il urine la nuit 3 fois.

III

Le malade est âgé de 58 ans. Il est tailleur de Vienne. Le malade souffre depuis deux ans d'une rétention complète avec un besoin douloureux et fréquent d'uriner ; chaque fois que le malade essaie de se sonder il va pire encore. La prostate est grande, dure, asymétrique et il en souffre aussi au moment où il va à la selle. Le tube moyen de la prostate offre un obstacle au cathétérisme, et circonstance plus désagréable encore, — même en sondant le malade le plus délicatement possible, — on provoque tout de suite du priapisme, ce qui est une complication surajoutée et empêche le traitement local.

L'urine est légèrement trouble ; le malade est pâle, il a l'air d'un homme gravement malade. On fait le 10 mars au Sanatorium Furth l'opération de Bottini à la cocaïne. Incision du lobe-moyen et du lobe latéral droit. L'opération dure 3 minutes, elle est un peu douloureuse pour le malade. Lavages de la vessie ; plus de cathétérisme. Le résultat fut étonnant, c'est un des meilleurs que j'ai obtenu. L'urine est légèrement rougeâtre après l'opération. Les deux premiers jours besoin fréquent d'uriner, qui est peut-être provoqué par les lavages avec une solution de nitrate d'argent. Trois jours après le

malade urine toutes les 3 à 4 heures, et chaque fois 100 à 150 gr. d'urine. Il urine trois fois la nuit.

Le quatrième jour, les intervalles sont presque de 5 heures ; le 19 mars le malade urine une fois la nuit, 4 à 5 pendant toute la journée. Il a très bonne urine. Cet état persiste jusqu'au 3 avril, — jour où le malade ayant bu deux litres de bière — urine plus souvent et plus difficilement. On le sonde pendant plusieurs jours, l'urine devient plus claire, le résidu ur. est de 50 gr. Quatre jours après il va bien, cet état persiste jusqu'au 27 avril, J'avais dernièrement de ses nouvelles et j'ai appris qu'il allait très bien (10 semaines après l'opération).

IV

Malade âgé de 48 ans dont l'histoire est très semblable à celle du malade de la première observation. Je me contenterai donc de raconter son cas brièvement. Il fut opéré sans anesthésique. — Légère réaction ; température normale. Il urinait avant l'opération 40 fois dans les 24 heures, après l'opération 15 fois dont 5 fois la nuit.

V

Le malade est âgé de 65 ans ; c'est un général que je connais depuis un an. Je fus appelé à aller le voir à Vienne il y a un an et voilà dans quel état je l'ai trouvé : depuis 48 heures, rétention complète, frisson, grande prostration ; la figure est cyanosée, pouls à 140 la température qui la veille était de 40°4, est maintenant au-dessous de la normale.

On le sonde et on retire deux litres d'urine fétide, trouble, brûnâtre, on fait immédiatement un lavage de 600 gr. d'eau boriquée, vin, cognac, café. Le soir nouveau cathétérisme avec une sonde anglaise fine, pourvue d'un manche de Kayès.

La vessie est soigneusement lavée, on y laisse la sonde pendant une heure. Le lendemain mêmes soins ; l'état général est meilleur, légère élévation de température qui cependant ne dure pas plus de 10 heures. A l'intérieur : lactophénin. — Le troisième jour je peux déjà introduire une sonde à demeure. Je soignais aussi la cystite.

Quatre semaines après le malade rentrait dans son pays ayant une

légère cystite et un résidu ur. de 1/2 litre. Je revois le malade le 13 avril et je trouve que la cystite s'est aggravée, le besoin d'uriner est devenu très pénible, la quantité de résidu ur. est égale à 800 gr. Je me décide donc de l'opérer d'après la méthode de Bottini. Le résultat en était minime. Le malade urine moins souvent, mais le résidu ur. est resté d'un demi-litre, et la cystite est restée dans le même état qu'avant l'opération, malgré les lavages quotidiens de la vessie. Je me décide donc à une opération nouvelle, que j'ai faite dans la présence du Dr Kurzweil. J'ai fait deux incisions sur le tube moyen, pas de réaction. Voilà le résultat de cette deuxième opération : l'urine est encore trouble, la cystite est légère ; le résidu ur. est de 300 gr. Le malade se sonde une fois chaque jour, on lui fait des lavages de la vessie à l'eau boriquée.

**Observations du Dr Lohnstein Allgemeines Medicinische
Central-zeitung, 1898.**

I

J. I. . . , âgé de 60 ans. Le malade souffre depuis 5 ans de la difficulté et d'un besoin fréquent d'uriner ; il est obligé de se lever cinq à six fois la nuit. Avec le temps, l'état du malade s'aggrave ; il urine involontairement, l'urine est trouble et fétide. Le linge du malade est constamment mouillé. En pratiquant le toucher rectal on trouve une tuméfaction diffuse du lobe moyen de la prostate.

Le lobe moyen est inaccessible au doigt. On sonde le malade avec une sonde bicoudée — on le sonde avec difficulté — et on retire 850 gr. d'urine résiduel, trouble et fétide (la miction volontaire n'existe plus), l'urine s'écoule goutte par goutte sans que le malade puisse la retenir. On a lavé soigneusement la vessie et introduit un cystoscope. Au cystoscope on reconnaît : une vessie à colonnes, le lobe moyen de la prostate proémine notablement dans le carum de la vessie. Pas de concrétions. Pendant l'examen du malade on n'a pas vu trace de sang. Le traitement consiste en lavages quotidiens de la vessie avec de l'eau boriquée ; on vide la vessie régulièrement. Le

malade urine la nuit toutes les demi-heures, 30 à 40 cm. d'urine chaque fois ; la quantité de résidu ur. touche à 330 gr. ; mais l'urine continue à couler goutte par goutte et involontairement, et reste fétide comme avant le traitement. Cet état reste encore stationnaire pendant deux à trois semaines de sorte que je me décide à pratiquer l'opération de Bottini. Je fis l'incision du lobe moyen aussi bien que les lobes latéraux. Le lendemain de l'opération le malade urine spontanément 170 gr. d'urine, mais il urine aussi fréquemment qu'avant l'opération ; la quantité du résidu ur. et la composition de l'urine sont les mêmes.

La semaine suivante, le malade n'urine plus involontairement, l'urine a perdu en fétidité, elle est émise en plus grande quantité et dans des intervalles plus éloignées (2 à 3 heures).

Cet état restant stationnaire je me décide à opérer encore une fois le 23 juin. Incision du lobe moyen et du lobe latéral droit. A la suite de cette deuxième opération, j'ai constaté que la quantité d'urine émise à chaque miction était plus grande (370 cm.), les intervalles entre deux mictions sont devenues plus grandes (3 heures 1/2) la quantité de résidu ur. est touchée à 100 gr.

On voit donc qu'en somme : les mictions involontaires ont été remplacées par des mictions volontaires et à intervalles relativement assez éloignées (3 à 4 heures), que l'urine trouble, alcaline et fétide est remplacée par de l'urine claire et sans odeur. — La quantité d'urine émise chaque fois est dix fois plus grande et le malade urine maintenant quatre fois moins fréquemment qu'avant la première opération. Le malade qui avant l'opération fut obligé de se lever pendant la nuit toutes les demi à une heure, dort maintenant tranquillement toute la nuit ou bien il est obligé de se lever une seule fois, vers le matin. La difficulté et les douleurs des mictions ont disparu. Actuellement — une année après l'opération — l'état du malade est presque le même, ce n'est que la quantité de résidu ur. qui a légèrement augmentée.

II

Le 22 juillet 1878. — Le malade souffre depuis 10 ans d'une rétention incomplète. Depuis 24 heures, cette rétention est devenue com-

plète et aiguë. Au toucher rectal on constate une prostate considérablement hypertrophiée, le malade souffre beaucoup lorsqu'on le sonde.

Quantité de résidu ur. 1,150 gr. ; l'urine est légèrement trouble, contient des traces d'albumine. Au moyen de la sonde évacuante on retire 1,250 cm. d'urine. La vessie n'agissant pas encore le 28 juillet, je décide une opération de Bottini avec incision du lobe moyen.

Le lendemain besoin d'uriner et mictions fréquentes, de 50 à 60 gr. d'urine chacune. Résidu ur. 500 à 600. Lavages quotidiens de la vessie avec de l'eau boriquée à 3 0/0. On constate une diminution du résidu qui était le 15 août de 250 gr., le 20 août de 100 gr. Les intervalles des mictions qui au commencement étaient de 30 minutes, sont maintenant de 3 à 4 heures. Depuis le 20 août on ne fait de lavages que tous les trois à cinq jours. L'état du malade est très bien, il quitte l'hôpital le 8 novembre tout à fait guéri.

III et IV

L'histoire et les suites de l'opération de ces deux malades, dont le premier est âgé de 60 et le second de 70 ans sont analogues à celles de deux malades de la I^{re} et II^e observations ; le premier arriva à vider complètement sa vessie spontanément, mais les mictions sont restées relativement fréquentes (huit à onze fois dans un jour). La quantité de résidu ur. n'a jamais été inférieure à 100 gr. Chez le deuxième la cystite catarrhale n'a pas disparue, après l'opération une hémorrhagie assez abondante qui nécessita l'introduction d'une sonde à demeure. Ici aussi les quantités de résidu ur. montent jusqu'à 120 gr.

V

Le malade a une rétention complète et aiguë ; hypertrophie diffuse de la prostate compliquée d'une pyélite. Il y a cinq ans je fus appelé auprès de ce malade qui avait alors une rétention aiguë, tous les autres moyens ayant échoué, je fus obligé de faire la ponction suprapubique. J'ai retiré alors près de 1,200 cm³. d'urine. Je réussis le lendemain d'entrer dans la vessie et j'entrepris des lavages réguliers

de la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent, la vessie a repris son activité. Depuis ce temps je n'avais pas de nouvelles de ce malade (5 ans).

Le 4 avril 1887 je suis appelé à le voir de nouveau. Nouvelle rétention et hémorrhagie consécutive à un cathétérisme sans résultats. Je réussis à le sonder et j'obtiens 800 gr. d'urine trouble, très fétide. Le lendemain un peu de fièvre ; le malade est incapable d'uriner spontanément ; on le sonde deux à trois fois par jour. Les parents du malade inquiets de le voir dans cet état font appeler un médecin qui lui met une sonde à demeure. Quelques temps après, le 30 avril colapsus profond, qui ne cessa que lorsque j'ai éloigné la sonde à demeure et après une injection de camphro-éther. Des lavages réguliers à l'eau boriquée pendant les dix jours suivants ont une bonne influence sur l'état général du malade. Le malade peut se promener dans sa chambre. Tout d'un coup un besoin très douloureux d'uriner se déclare et dure presque une heure. En vue de ces faits et ne prévoyant aucune amélioration possible, je me décide malgré l'âge avancé du malade et suivant le conseil d'un de mes confrères, de recourir à l'opération de Bottini, qui fut faite le 5 mai 1896. L'opération fut suivie d'une rétention complète, de manière que je fus obligé d'introduire pour la nuit une sonde à demeure. Le lendemain température de l'urèthre, 39°2. On essayait dans le courant de la semaine suivante d'obtenir de l'urine sans le secours de la sonde à demeure, sans résultat. Le malade se plaignant beaucoup on fut obligé de retirer la sonde à demeure et de le sonder plusieurs fois par jour. La quantité d'urine émise spontanément était insuffisante. La quantité de résidu n'a pas changé. Malgré tous les lavages à l'eau boriquée, l'urine qui avant l'opération était acide et sans odeur, est devenue fétide. Quelques jours après, à peu près trois semaines après l'opération de Bottini. — Exitus letalis.

VI, VII, VIII, IX

Malades ayant des rétentions incomplètes. Dans deux cas le nombre de mictions quotidiennes est devenu plus petit : 7 et 6 au lieu de 20 et 18, tandis que la quantité de résidu toucha de 900 et 1000 cm³.

à 30 et 50 cm³. J'ai aussi constaté chez ces malades une amélioration notable de l'état général, une augmentation du poids de 6 et 4/29 en trois mois et meilleur appétit.

Sur les deux autres cas les résultats de l'opération n'ont pas été si évidents. Le nombre de mictions est devenu deux fois moins nombreux 13 et 12 au lieu de 26 et 23. Le résidu ur. qui avant l'opération était de 300 et 400 gr. est tombé à 100 gr. L'opération a été très bien supportée par ces deux derniers malades.

X

B..., âgé de 72 ans. Depuis six ans, besoin très fréquent d'uriner. l'as de maladies vénériennes dans sa jeunesse. — Il urine quinze fois dans les 24 heures (six fois la nuit). L'urine est trouble, diluée, contenant de l'albumine à 0,4 0/0 ; la quantité de chaque miction est de 100 à 150 cm³. La prostate (examinée par le toucher rectal) offre une tuméfaction diffuse, ses limites supérieures sont inaccessibles au doigt. Consistance un peu dure, lisse. La vessie se laisse sonder facilement, elle contient 300 cm³. d'urine trouble ayant les mêmes propriétés que celle émise spontanément.

A l'examen cystoscopique : vessie à canal, beaucoup de diverticules. Les orifices des urètres très dilatées. Le 14 mars 1898 après que le malade ait pris intérieurement de la quinine (0,5) et après l'avoir soigneusement désinfecté on fait dans une séance une incision au bas et à droite. L'opération est bien supportée. Deux jours après l'urine n'a pas encore changé. Le malade urine dix fois dans les 24 heures (cinq fois la nuit) ; besoin cuisant d'uriner ; l'urine de chaque miction est de 150 à 170 cm. elle contient 0,4 0/0 d'albumine. Les mictions ont été douloureuses pendant les premières 24 heures, elles le sont beaucoup moins maintenant. Le 12 avril deuxième opération sans changement notable.

XI

B..., âgé de 56 ans. Il a été atteint plusieurs fois de blennorrhagie dans sa jeunesse. Il a depuis dix ans des troubles de la miction, des douleurs au début et à la fin. Lorsque j'ai vu le malade, il urinait

sept à neuf fois dans la journée, trois à quatre fois la nuit. Il émettait chaque fois 30 à 40 cm³. d'urine. Résidu de 110 à 130 cm³.

Au toucher rectal on constate que la prostate est régulièrement augmentée de volume, un peu plus dure que normalement, douloureuse au toucher. La vessie gardait 150 cm³. de liquide. A l'examen cystoscopique la prostate est irrégulière et présente dans certaines directions un caractère polypoïde. Malgré que ce n'était pas une hypertrophie typique de la prostate les douleurs étaient surtout dues à une affection catarrhale de la muqueuse. Je me décide, ayant égard aux symptômes de la rétention, d'opérer le malade. Je fais, le 22 octobre, des incisions à droite et à gauche de la ligne médiane. Les douleurs cessent après l'opération ; mais la quantité de mictions et de résidu ur. reste la même. Le malade désire être opéré encore une fois, l'opération est faite un mois après. Double incision du lobe moyen et du lobe latéral gauche. Mais l'activité fonctionnelle de la vessie ne reparait pas. Il était intéressant de voir pourquoi cette opération a si mal réussi. L'examen cystoscopique qui a été fait vers la fin du mois de janvier 1898 a montré que les épaissements correspondant aux lobes gauche et droit de la prostate ont tout à fait disparus, de manière que les coutures du col de la vessie formaient dans le cystoscope une ligne tout à fait droite.

XII

Malade âgé de 63 ans. Le malade a pris froid il y a huit ans, depuis ce temps besoin fréquent d'uriner, quinze à vingt fois par 24 heures dont cinq fois la nuit. Quantité d'urine de chaque miction, 100 à 200 gr. Quantité de résidu 350 gr.

L'urine est diluée, trouble, contient des traces d'albumine. L'examen démontre qu'il s'agissait d'une hypertrophie du lobe moyen de la prostate et de la vessie.

Opération le 5 février 1898. Incision du lobe moyen. Le lendemain rétention qui ne cède qu'après plusieurs cathétérismes. Réaction après laquelle dix à quinze mictions en 24 heures, dont trois à quatre la nuit ; quantité de résidu 170. On fait des lavages au nitrate d'argent 1/2000, l'urine est devenue plus claire.

Observations du D^r Simon. (Centralblatt für krankleigen
der Harnund Sexualorg. 1898.)

I

J... A..., cordonnier, âgé de 68 ans, est reçu dans la clinique le 28 janvier 1897. Il souffre, depuis deux ans, de la difficulté d'uriner; des douleurs fréquentes. Le malade ne peut pas vider complètement sa vessie. Depuis le mois de décembre 1896 il a fréquemment, surtout la nuit, un besoin cuisant d'uriner et ne peut cependant pas uriner plus qu'une toute petite quantité. Il était obligé de se faire sonder. Il peut cependant uriner un peu.

Examen du malade : Les viscères sont sains. La prostate est hypertrophiée à gauche. Elle n'est pas douloureuse au toucher, elle est dure. L'urine est acide, sans albumine ni sucre; elle contient de nombreux leucocytes et des débris épithéliaux. Le malade souffre beaucoup en émettant toutes les quatre heures 100 à 150 cm³ d'urine. Le cathétérisme fait tout de suite après la miction donne encore 300 à 500 cm³ d'urine.

On fait, le 30 janvier 1897, une incision directement en arrière, avec l'inciseur de Bottini. Un morceau d'eschare était attaché au couteau de platine après qu'on l'avait retiré. L'incision a été très peu douloureuse. Pas d'hémorrhagie. Le soir on a sondé le malade avec une sonde de Nélaton, l'urine était un peu rougeâtre. Le lendemain le malade urinait spontanément et sans douleur. Le soir on a fait un lavage de la vessie avec de l'eau boriquée. Lorsque le malade quitta le service la quantité de résidu était de 300 à 500 cm³. On lui a recommandé de se faire faire des lavages de la vessie. Mais le catarrhe vésical a augmenté et le malade est obligé de rentrer pour la deuxième fois dans la clinique le 14 février. Il ne peut pas uriner spontanément depuis deux jours. On a fait des lavages et le catarrhe s'améliora très rapidement. A l'examen cystoscopique on voit nettement, à droite de la prostate hypertrophiée, l'endroit où l'incision a été faite, sous forme d'un sillon plus sombre. Le reste de la prostate est lisse. On fait une deuxième incision en arrière, le 18 mai.

Pas d'hémorrhagie. Deux jours après le malade émet 100 cm³ d'urine. Depuis ce temps il est obligé de se faire sonder. Peu à peu le catarrhe de la vessie a guéri.

Le malade se présente de nouveau au mois de mars 1898, il ne *souffre plus*. Il ne peut pas uriner spontanément. Plus trace de cystite. Il est obligé de se sonder deux fois par jour.

II

M... H..., âgé de 61 ans. Entre dans la clinique le 12 février 1897. Le malade avait la blennorrhagie à l'âge de 19 et de 22 ans ; bien guérie.

Le malade est atteint, au mois de mai 1895 et sans cause évidente, d'un catarrhe de la vessie et de l'urèthre. Le catarrhe s'améliore sous l'influence des lavages répétés. Au mois d'octobre 1896 l'urine contient beaucoup de pus. La fièvre se déclare. Cet état s'améliore après un traitement qui dure huit semaines. Mais depuis ce temps il est impossible au malade d'uriner spontanément. De temps en temps le malade urine un peu en allant à la selle.

Examen du malade : Les viscères sont en bon état. La vessie est très pleine. Le cathétérisme est assez difficile. On retire 500 cm³ d'urine, légèrement acide, sans albumine ni sucre. Le sédiment contient de nombreux leucocytes et des débris épithéliaux, pas de cylindres. La prostate est très hypertrophiée, surtout des deux côtés, dure, pas douloureuse. Le catarrhe est amélioré avec des lavages.

On fait, le 1^{er} mars 1897, une incision en arrière avec l'appareil de Bottini. Pas d'hémorrhagie. Deux jours après, le malade urine spontanément trois et quatre fois par jour.

Lorsque le malade quitte le service, le 4 mars 1897, son urine contient encore 100 à 200 cm³ de résidu.

Il revient le 4 mai 1897. La cystite s'est améliorée. Quatorze jours après l'opération le malade ne peut uriner spontanément qu'en allant à la selle.

L'urine est acide et ne contient que peu de leucocytes.

Le 8 mai on fait une incision à droite et en arrière. Pas d'hémorrhagie. 3 à 6 heures après l'opération le malade urine spontanément,

il urine depuis ce moment cinq à six fois par jour; 50 à 100 cm³ de résidu. On ne le sonde plus. Il quitte le service le 10 mai. Il rentre le 19 novembre. Le malade urinait souvent depuis le temps qu'il a quitté le service; on lui a fait des lavages de la vessie deux fois par semaine. Il paraît que la quantité de résidu n'a été pendant ce temps que de 20 à 30 cm³. L'été dernier des douleurs à l'estomac, un carcinome du pylore s'est déclaré. On a fait au malade une gastroentérostomie. Quatorze jours après l'opération rétention complète. Puis il commence à uriner spontanément trois fois par jour (700 à 1,500 cm³); l'urine est acide et ne présente pas de leucocytes. 30 à 40 cm³ de résidu. Il quitte la clinique le 21 décembre. Cet état persiste pendant les quelques mois suivants; le malade peut se passer de la sonde.

III

K...H..., âgé de 64 ans. Il entre dans la clinique le 4 mars 1897. Depuis douze ans, le malade a une sensation de brûlure en urinant. Il y a un an rétention complète, le malade est obligé de se faire souder plusieurs fois. Depuis ce temps besoin d'uriner fréquent, mais il ne peut émettre que de petites quantités à chaque miction et la vessie reste toujours pleine. On a commencé à la sonder régulièrement. Au mois d'août 1896 le malade a de la fièvre, des vomissements; l'urine s'écoule goutte par goutte. Cet état s'améliore. Mais depuis le mois de février 1897 le malade va notablement moins bien.

Examen du malade : Le malade est très affaibli, anémique. Il est très artério-scléreux, il a de l'œdème des membres inférieurs. Emphyse pulmonaire et bronchite. Le cœur est dilaté et rejeté à gauche, arythmique. La vessie atteint presque l'ombilic. Il émet avec des grandes souffrances, toutes les heures, à peu près 20 cm³ d'urine trouble; on sonde le malade et on retire de la vessie 1,600 cm³ de liquide. L'urine est alcaline, elle contient de l'albumine, des corpuscules blancs du sang et des cylindres hyalins. La prostate est grosse comme une pomme, molle et proéminente dans la vessie.

On fait, le 8 mars, une incision en arrière et à droite. Le soir, le malade émet spontanément 200 cm³ d'urine, légèrement rougeâtre. Jusqu'au 13 mars la quantité d'urine émise spontanément à chaque

miction augmente ; depuis le 15 mars elle commence à diminuer. Le 17 mars nouvelle rétention complète. Dégénérescence de plus en plus grande du myocarde ; la néphrite fait des progrès. Avec des lavages réguliers on arrive à avoir une urine plus claire et acide, mais la proportion d'albumine augmente. Les parents du malade désirant qu'il quitte le service, il est relâché le 22 mars. Il meurt, vers la fin de ce même mois, de l'urémie.

IV

M... S..., âgé de 76 ans, entre dans la clinique le 8 mai 1897. Depuis cinq ans, le malade a des rétentions fréquentes. La dernière année il urinait très peu spontanément et est obligé de se faire sonder régulièrement.

Examen du malade : Viscères en bon état. La vessie remonte jusqu'au milieu d'une ligne verticale joignant l'ombilic à la symphyse. Le malade émet spontanément 100 cm³ d'urine en vingt-quatre heures. Le résidu du matin et du soir est de 600 cm³. L'urine est assez claire, acide, sans albumine, sans sucre. Le lobe moyen de la prostate est très hypertrophié, il est dur au toucher. On fait, le 13 mai, une incision en arrière. Pas d'hémorrhagie. La première miction, sept heures après l'opération : 500 cm³. Depuis ce temps-là le malade urine quatre fois par jour et émet à peu près 1,000 à 1,200 cm³ d'urine en vingt-quatre heures. Lorsque le malade quittait le service le 19 mai, la quantité de résidu était encore de 200 à 400 cm³ par jour. L'état du malade s'améliora. Il n'avait jamais, depuis ce temps, besoin de la sonde. Au mois de mars 1898, plus trace de résidu. L'urine était normale. L'état général du malade est parfait.

V

A... V..., âgé de 56 ans, entre dans la clinique le 15 mai 1897. Depuis trois ans le malade a la sensation de brûlure dans la vessie, il est obligé d'uriner plus souvent et en plus petites quantités qu'avant.

Depuis quatre semaines l'urine est trouble.

Tous les quarts d'heure, besoin d'uriner cuisant ; le malade n'émet, avec de grandes souffrances, que quelques gouttes d'urine.

Examen du malade : Le malade est très amaigri. Forte artériosclérose. Pouls faible, régulier. Poumons, foie et rate normaux.

La vessie s'étend jusqu'à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. On sonde le malade et on retire 600 cm³ d'urine trouble. Cette dernière contient de l'albumine, beaucoup de mucosités et de pus. La prostate est hypertrophiée ; elle est dure. Après dilatation on introduit, pendant plusieurs jours suivants, une forte sonde dans la vessie.

On fait, le 18 mai, une incision de la prostate directement en arrière. Pas d'hémorrhagie. On est obligé de sonder le malade les jours suivants. On entreprend, le 24 mai, une deuxième incision latérale. Le malade urine un peu spontanément, mais on est obligé de le sonder encore. Pyélonéphrite. Le 29 mai, « exitus letalis ».

A l'autopsie : Pyélite purulente chronique, néphrite ; cystite purulente. On voyait sur la prostate, dont le lobe moyen était singulièrement hypertrophié, en arrière et des deux côtés, des eschares n'ayant cependant pas plus d'un demi-centimètre de profondeur.

VI

F... K..., âgé de 47 ans, entre dans la clinique le 19 juin 1897. Le malade a ressenti de la brûlure, en urinant, il y a dix ans. Il fut obligé d'uriner fréquemment et en petites quantités. Depuis 1890 il se cathétérise lui-même.

Il y a huit jours le malade n'a pas réussi à s'introduire la sonde de Nélaton. On le cathétérise avec un instrument dur ce qui a été assez difficile et a provoqué une hémorrhagie assez forte. Depuis ce temps il est toujours sondé avec un instrument dur.

Examen du malade. — Le malade est assez maigre, viscères normaux. On réussit à retirer 800 cm³ d'urine avec une sonde Nélaton n° 9. L'urine est acide et contient un peu de leucocytes, pas de cylindres. La prostate est grosse comme une pomme, très dure. Le malade ne peut pas se décider à subir l'opération de Bottini, il continue à se cathétériser. Mais le 24 juin il est impossible au malade d'introduire la sonde ; forte hémorrhagie. On essaie plusieurs fois de le sonder ce qui ne réussit pas. Les douleurs étant excessivement for-

tes et la vessie très pleine on se décide à faire la ponction capillaire et l'aspiration. On arrive à retirer 800 cm³ d'urine. Les douleurs ont cessé. Trois heures plus tard on a introduit une sonde Mercier n° 29, le malade étant anesthésié.

On retire 600 cm³ d'urine fortement hémorrhagique. On laisse pendant les trois jours suivants la sonde à demeure. On arrête l'hémorrhagie avec des injections de ferripyrine (10 à 18 0/0). On a retiré la sonde à demeure et on sonde le malade 3 et 4 fois par jour; on retire 1.000 à 1.500 cm³ d'urine.

On fait le 14 juillet une incision en arrière. Six heures après le malade émet 30 cm³ d'urine rougeâtre. Le lendemain il émet 200 cm³ le résidu est de 500 cm³. On fait des lavages tous les jours. Jusqu'au 22 juillet les quantités d'urine émises à chaque miction deviennent de plus en plus grandes et atteignent 400 cm³. L'urine est claire. Le malade quitte le service : Un mois plus tard il émet spontanément à peu près 1.000 à 1.500 cm³ d'urine. Il n'a plus besoin de la sonde. Cet état persiste. Au commencement du mois de décembre 1897 le malade a une pneumonie, dont il meurt.

VII

F. B..., âgé de 73 ans, entre à la clinique le 2 décembre 1897. Depuis à peu près trois mois il est obligé d'uriner souvent. Il n'émet que peu d'urine à chaque miction et a des douleurs cuisantes en urinant. Il était obligé de se faire sonder souvent. Depuis 14 jours l'urine est trouble. Les douleurs sont plus grandes.

Examen du malade. — Le malade a de l'emphysème pulmonaire et une bronchite. La langue est sèche. La vessie très pleine est rejetée à droite et surpasse l'ombilic. Le malade émet spontanément 700 cm³ d'urine; 50 à 80 cm³ à chaque miction. Résidu à 1.100 cm³. L'urine est acide, sans albumine, sans sucre; elle contient des cylindres et un peu de leucocytes. La prostate est très hypertrophiée, dure. On fait des lavages et des cathétérismes réguliers, le malade va mieux.

On fait le 11 décembre une incision en arrière, à gauche et en haut de la prostate. Légère hémorrhagie de l'urèthre. Six heures après le

malade émet 50 cm³ d'urine; une demi-heure après 150 cm³ et encore 4 heures plus tard 270 cm³. Le lendemain 1.700 cm³. Le malade a émis spontanément le troisième jour 1.800 cm³ avec 600 cm³ de résidu.

Le dernier temps le malade émettait chaque jour de 900 à 1.200 cm³ d'urine. Il ne souffrait pas en urinant. Il a quitté le service le 16 décembre 1897. Son état allait en s'améliorant jusqu'au mois de mars 1898. Depuis le mois de janvier il n'est plus sondé. Il émet toujours spontanément 2.000 cm³ d'urine par 24 heures. Plus de résidu.

VIII

J. Sh..., âgé de 72 ans, entre dans la clinique le 13 décembre. Le malade a eu la première rétention il y a 10 ans. Depuis ce temps difficultés fréquentes d'uriner. L'urine est trouble. Il se sert rarement de la sonde. Depuis 10 jours rétention complète, et depuis trois jours catarrhe vésical très purulent.

Examen du malade. — Léger emphysème pulmonaire; les autres organes sont en bon état. Le malade émet spontanément et avec de grandes douleurs 200 et 300 cm³ d'urine par jour; l'urine est alcaline et fétide; elle contient un peu d'albumine, de nombreux leucocytes, des débris épithéliaux, pas de cylindres. La quantité de résidu est de 600 à 800 cm³. La prostate est considérablement augmentée, surtout son lobe droit; elle est assez molle et n'est pas sensible au toucher. On fait des lavages de la vessie, amélioration de la cystite. On fait le 18 décembre trois incisions de la prostate en avant, à droite, et en arrière. Légère hémorrhagie. Cinq heures après l'opération émission spontanée de 200 cm³ d'urine et les jours suivants 900 à 1.700 cm³. La quantité de résidu est de 200 à 300 cm³ par jour. La cystite s'améliore au furet à mesure qu'on fait des lavages. Il quitte le service le 24 décembre. On lui fait encore chez lui des lavages de la vessie. Au mois de janvier 1898 la cystite s'aggrave, pas de rétention. Le catarrhe de la vessie est guéri vers la fin du mois de février. Le malade n'a plus besoin de la sonde. On ne trouve plus de résidu ni maintenant, ni plusieurs mois après. Vers la fin du mois d'avril l'urine était acide, elle contenait des rares leucocytes, pas de cylindres, mais des traces d'albumine.

Observations de Von Frisch, de Wiener Klinische
Hochenschrift, 1898.

I

J. B., âgé de 72 ans, gantier, de Vienne, souffre depuis 8 ou 10 ans. Il urine souvent dans la journée, est obligé de se lever la nuit et urine difficilement. Cet état dure jusqu'au mois d'août 1894 et va ensuite en s'aggravant. Le malade ayant eu une cystite aiguë. Sous l'influence d'une médication locale la qualité de l'urine devient meilleure, mais les symptômes subjectifs restent les mêmes. Pendant les premiers mois de 1896 le malade urine 15 à 20 fois par jour et 18 à 19 fois par nuit et il se décide à subir une opération. On pratique le 15 avril 1896, après avoir anesthésié à la cocaïne, la résection de deux *vasa deferentia*. Le patient ne pouvant uriner spontanément dans le décubitus dorsal, on est obligé de le sonder le jour de l'opération et la nuit suivante (on ne faisait pas de lavage dans ces moments ci). Le malade urine spontanément le lendemain (16 avril). Avant l'opération l'urine marquait la présence d'une cystite chronique (légèrement trouble avec de nombreux leucocytes dans le sédiment); depuis le 19 avril elle commence à devenir plus claire, et est tout à fait claire le 22 avril, jour où le malade quitte la clinique. La quantité de résidu de l'urine (150 cm³ avant l'opération), est restée la même; au toucher rectal la prostate offre les mêmes symptômes. Le malade n'urine depuis le 19 avril que huit fois par jour et cinq fois par nuit (la cystite dura depuis le mois de janvier 1895 jusqu'au mois d'avril 1896 et résista à tous les moyens thérapeutiques). Mais déjà trois mois après l'opération l'urine recommence à devenir trouble, le malade ressent plus souvent le besoin d'uriner, il vide sa vessie avec une difficulté croissante et au printemps 1897 une rétention complète se déclare de sorte que le malade est obligé depuis ce temps de se cathétériser. Depuis le temps où le malade a commencé à vider soigneusement sa vessie l'urine est devenue claire. Le 23 février 1898 le malade se présente de nouveau à la consultation. La rétention complète dure depuis deux mois. Le malade est relativement à son âge

bien conservé, il est bien nourri. La prostate est de la grandeur d'une pomme, elle est dure et lisse. Au cystoscope on reconnaît la présence du lobe moyen. L'urine est légèrement trouble, sans albumine; poids spécifique normal. En cathétérisant le malade on reçoit un jet fort d'urine. On pratique le 25 février à la cocaïne et la vessie étant préalablement vidée trois incisions de la prostate avec l'inciseur de Bottini : une incision de chaque côté du lobe moyen longue de 2 1/2 cm., la troisième sur la paroi supérieure de la longueur de deux cm., pas d'hémorrhagie, pas de réaction. Le patient ne peut pas uriner une seule goutte après l'opération. Il ne veut pas se soumettre à une nouvelle opération après deux essais infructueux.

II

A. M..., âgé de 61 ans, paysan autrichien, souffre depuis cinq ans de la pesanteur de la prostate. Il est de taille moyenne, assez faible de constitution, un peu anémique; il est atteint depuis un certain temps d'une bronchite chronique. Les deux lobes de la prostate sont régulièrement augmentés du double de leur volume normal; au cystoscope on reconnaît la formation d'un lobe moyen. Urine très trouble, ammoniacale; poids spécifique 1.018, albumine dans la proportion de 1/2 0/0. On constate 400 cm³ de résidu de l'urine. La miction se fait régulièrement dans des intervalles d'une heure et cela aussi bien le jour que la nuit. Contractions fortes. Pour avoir de l'urine de meilleure qualité on introduit trois jours avant l'opération une sonde à demeure et on lave soigneusement la vessie. Le 8 mars, après avoir constaté que l'urine est acide et assez claire et après avoir cystoscopisé le malade immédiatement avant l'opération, on fait à la cocaïne trois incisions avec l'inciseur de Bottini; une de 3 cm. de long sur la paroi inférieure, les deux autres à droite et à gauche sur les plus grandes proéminences (2 cm.). Pas d'hémorrhagie. Sonde à demeure pendant deux jours. Huit jours après on voit la quantité de résidu diminuer jusqu'à 200 cm³, la miction se produit dans des intervalles de 2 à 3 heures. Mais déjà huit jours après le malade urine plus souvent et la quantité de résidu remonte à 500 cm³. Cet état reste stationnaire.

III

J. V..., âgé de 67 ans, employé à Vienne, se présente à la consultation se plaignant d'un besoin fréquent d'uriner et d'écoulement involontaire d'urine dans la nuit. Le malade ne peut pas dire exactement le début de sa maladie, mais il sait que depuis six à sept ans il urine plus souvent qu'auparavant. Le malade qui est fort et tout à fait bien portant raconte qu'il est obligé d'uriner toutes les heures. La prostate est régulièrement augmentée (à peu près quatre fois), un peu sensible au toucher, la vessie remonte jusqu'à l'ombilic. L'urine est pâle, claire; poids spécifique 1.005, sans albumine ni sucre. On essaie tout de suite à introduire une sonde; le 3 août la vessie est tout à fait vidée, l'urine est restée clair. La quantité de résidu d'urine est 600 centimètres cubes, le malade est sondé trois fois en vingt-quatre heures. Mais malgré qu'on le cathétérise régulièrement (cinq à six fois par vingt-quatre heures) et qu'on vide complètement sa vessie, il ressent encore toutes les heures un besoin d'uriner et laisse échapper involontairement 1.200 centimètres cubes d'urine ce qui fait avec l'urine retirée par la sonde trois litres en vingt-quatre heures.

Au commencement du mois de mars 1898 le malade qui cependant ne se sent pas plus mal qu'auparavant, se décide à subir l'opération de Bottini. L'urine est actuellement un peu trouble, poids spécifique 1.007, albumine $1/4$ 0,00; la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures est égale à 3.000 3.500 centimètres cubes; on reconnaît les symptômes d'une pyélite chronique; sécheresse de la langue et grande soif; il paraît ne pas avoir eu de fièvre; actuellement aussi la température est normale. On cathétérise le malade trois fois en vingt-quatre heures et on constate chaque fois 700 à 800 centimètres cubes de résidu de l'urine. On soumet le 22 mars le malade à l'opération, ayant préalablement vidé sa vessie. On fait trois incisions dont l'une longue de 2.8 centimètres en bas; les deux autres à droite et à gauche convergentes vers le bas, longues de 2.5 centimètres. Pas d'hémorragie. Après l'opération le besoin d'uriner toutes les heures persiste, mais le malade est absolument incapable d'uriner spontanément, tandis qu'avant l'opération la quantité d'urine émise spontanément

dans les vingt-quatre heures était d'un litre. On le cathétérise quatre fois dans les vingt-quatre heures. Pas de fièvre après l'opération.

Le malade commence à émettre un peu d'urine spontanément quatorze jours après l'opération. A la fin de la troisième semaine il émet spontanément 200 à 300 centimètres cubes par jour en quatre ou cinq fois ; on le cathétérise encore matin et soir.

La quantité de résidu dans l'urine est de 200 centimètres cubes. La langue est maintenant humide, il n'a pas soif, l'urine est encore un peu trouble, mais ne contient pas d'albumine. La quantité d'urine de vingt-quatre heures est maintenant de 1.800 centimètres avec un poids spécifique de 1.014 à 1.016.

Le malade se présente encore une fois le 22 avril, c'est-à-dire un mois après l'opération. Il se sonde toutes les douze heures ; la quantité de résidu n'a pas augmenté (200 centimètres cubes), mais le besoin d'uriner est devenu fréquent. Le malade urine dans la journée tous les quarts et les demi-heures ; il urine un peu moins fréquemment la nuit.

Cet état s'amélioré de nouveau, le 9 mai nous voyons le malade, qui nous raconte qu'il se sent tout à fait bien ; son poids a augmenté de trois kilogrammes dans les derniers quatorze jours ; les intervalles des mictions sont de deux à trois heures ; le résidu de l'urine est tombé à 100 de 125 centimètres cubes. Le 28 juin le malade reconnaît qu'il ne se sert de la sonde que tous les deux ou trois jours ; il ne ressent aucune pesanteur ni de besoin fréquent d'uriner. Avec la sonde on ne retire plus que 100 centimètres cubes d'urine.

Mais déjà le 13 juillet, le malade est obligé d'uriner fréquemment et le résidu a augmenté jusqu'à 300 centimètres cubes. Le malade se sonde une fois par jour. L'urine est trouble, sédiment riche contenant du pus avec 1 0/00 d'albumine. Le patient a mauvaise mine ; la langue est humide, mais le malade se plaint de pesanteur dans l'estomac et de manque d'appétit, le pouls est petit et fréquent.

Vers la moitié de septembre les symptômes de l'intoxication urinaire chronique augmentent. Le malade se plaint de douleurs rhumatoïdes fréquentes de différents groupes musculaires et revient au commencement d'octobre à la clinique. Il est obligé de se sonder au moins trois fois par jour et avec ce besoin si fréquent d'uriner son

existence lui est excessivement pénible. La quantité de résidu est de 400 centimètres cubes à chaque miction, l'urine est très trouble, contient plus de 1 0/00 d'albumine; il émet deux à trois litres d'urine en vingt-quatre heures. On introduit une sonde à demeure avec drainage permanent, on fait des lavages fréquents, on donne à l'intérieur du salicylate de sodium et après trois semaines de ce traitement les symptômes s'arrêtent et le malade sort de la clinique dans un état assez satisfaisant. Mais l'état local de la vessie est le même qu'avant l'entrée à la clinique, sondage trois fois par jour; presque un demi-litre de résidu; toutes les demi-heures ou toutes les heures besoin d'uriner.

On voit donc que dans ce cas typique de ce qu'on appelle prostate congestionnée, l'opération a eu un effet tout à fait passager.

IV

A. Th..., âgé de 69 ans, paysan hongrois, était opéré il y a trois ans à la suite d'un calcul de la vessie gros comme une noix.

L'opération se passa assez bien, malgré que le passage de l'instrument à travers une prostate hypertrophiée avec un lobe moyen prononcé ne soit pas très facile. C'est dans ce moment-ci qu'apparut une rétention chronique et incomplète; la quantité de résidu urinaire fut en moyenne de 400 centimètres cubes. Au mois d'avril 1878, le malade se présente à Vienne avec une nouvelle lithiase. Depuis un an rétention d'urine complète.

Le patient est très affaibli, maigre; il mange très peu, obstipation complète et symptômes prononcés d'un processus athéromateux très avancé.

En examinant avec la sonde on constate que le passage à travers la prostate, grosse comme une orange, dure et inégale est devenue encore plus difficile. Dans la vessie on constate un calcul rugueux gros comme une noix.

L'urine contient un peu de sang, elle est ammoniacale, très purulente, fétide; poids spécifique 1 020; albumine 1,5 0/00. On introduit une sonde à demeure et on fait des lavages fréquents de la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent. Après quatorze jours de ce traitement on voit l'état de l'urine s'améliorer; elle est mainte-

nant acide, sans traces de sang, ne contient que $1/4-0/00$ d'albumine.

La vessie, qui au début du traitement se contractait difficilement pour laisser écouler les liquides des lavages, se contracte maintenant beaucoup plus énergiquement.

Le malade se décide à se faire retirer son calcul. Le 23 avril on fait au chloroforme la sectio alta, on éloigne le calcul et la vessie étant ouverte on entreprend l'opération de Bottini. On incise la prostate en bas, à droite et à gauche sur une longueur de trois centimètres. Les incisions s'étendent toutes plus loin que l'orifice interne, au moins à $3/4$ de centimètres en dedans de la pars prostatica. La vessie est fermée complètement avec des catguts; l'espace pré-vésicale est drainée et les muscles de la peau sont recousus avec des fils de soie. La guérison suit *per primam*.

Après avoir retiré la sonde à demeure, on vide encore pendant huit jours la vessie avec une sonde et cela quatre fois dans les vingt-quatre heures. Quatorze jours après l'opération le malade commence à uriner spontanément. Il émet toutes les deux heures 60 à 100 centimètres cubes d'urine qui contient encore 200 à 300 centimètres cubes de résidu.

Six semaines après le malade n'est pas encore en état de vider complètement sa vessie. Il se sert encore souvent le soir de la sonde. Le malade n'arrive jamais plus à vider complètement sa vessie, mais ce cas doit être considéré comme ayant amené de très bons résultats.

V

J. B..., âgé de 73 ans, propriétaire de Roumanie, souffre depuis quatre ans d'une rétention absolue. On pratiqua, il y a un an et demi, à Paris, la resection de *vasa deferentia*, mais sans aucun résultat. Le malade qui est très fort et bien portant, se cathétérise trois fois pendant les vingt-quatre heures. L'urine est très légèrement trouble, au poids spécifique normal, acide, sans albumine. La prostate est grosse comme une pomme, elle est dure et asymétrique.

Au cystoscope, on reconnaît la présence d'un lobe moyen assez considérable, et à gauche une tumeur très proéminente.

Lorsqu'on sonde le malade, l'urine sort en un jet fort et sous une forte pression.

Le 30 avril, on pratique à la cocaïne trois incisions de trois cent. de longueur en bas, en haut et à gauche, entre le lobe moyen et la proéminence latérale. Pas d'hémorrhagie, pas de sonde à demeure; marche sans réactions. Le malade urine, après l'opération, dans la soirée même et sans grandes souffrances, 100 c. c. d'urine rougeâtre; on le cathétérise; 400 c. c. de résidu. La nuit qui suit est calme, pas de besoin d'uriner. Suppositoires de morphine à 0,02. Le matin du 1^{er} mai, le malade urine spontanément 200 c. c. d'urine, avec la sonde on retire 300 c. c. d'urine avec un résidu; pendant cette journée, le malade urine encore spontanément 700 c. c. d'urine en six mictions; le résidu n'atteint le soir que 100 c. c.

Le 2 mai, on voit le malade évacuer spontanément dans des intervalles de deux heures 1200 c. c.; le résidu est évalué le soir à 100 c. c.

Les jours suivants, on voit augmenter la quantité d'urine émise, le malade urine presque tout spontanément; on considère le sondage superflu.

Huit jours après l'opération, le malade ayant émis spontanément 1900 c. c. d'urine presque claire, on introduit la sonde à titre d'essai. On retire un résidu urinaire de 50 c. c. seulement, résidu qui disparaît complètement vers la fin de la deuxième semaine.

Vers la fin de la troisième semaine, on voit le malade uriner trois ou quatre fois par jour sans aucune difficulté; il n'urine qu'une seule fois la nuit. L'urine est presque claire, la quantité émise en vingt-quatre heures est de 1500 à 1800 c. c. Cet état se maintient jusqu'au mois d'octobre, c'est-à-dire encore une demie année après l'opération.

VI

A. T..., âgé de 67 ans. Le malade est fort et toujours bien portant jusqu'en 1893, où il est pris d'une prostatite et cystite aiguë, avec grande élévation de température et besoin d'uriner fréquent et douloureux. L'urine sentait très mauvais et contenait une grande quantité de sédiment. Dans le courant de cette maladie aiguë, une rétention d'urine se déclare et se maintient aussi après, de sorte que le malade est obligé de recourir à la sonde.

Au mois d'octobre 1894, M. Thomas Fitzgerald, pour préserver le malade d'une rétention complète et chronique, lui enlève une grande portion de son lobe droit de la prostate, sans résultat.

Six semaines après, M. Fitzgerald constate un calcul de la vessie et fait la lithotritie.

Au mois d'avril 1895, M. Fitzgerald l'opère de nouveau, il fait une incision latérale et enlève une grande partie du lobe moyen, ce qui ne produit aucun effet sur l'ischurie.

Au mois de juillet 1895, le malade arrive en Angleterre et se fait opérer par Reginald Harrison, qui, par une incision médiane, enlève un gros calcul qui était engagé dans la paroi postérieure de la vessie.

Au mois de septembre 1896, le malade se soumet à une nouvelle opération faite par Reginald Harrison et Mac Owen, cette fois-ci contre des hémorroïdes. En retournant à Melbourne, M. T... jouissait d'une très bonne santé, et il fut clair qu'il ne restait plus trace de sa rétention antérieure. Mais l'urine devait constamment être évacuée par la sonde, elle contenait encore un sédiment muqueux et sentait mauvais un peu de temps après son émission. On fut obligé de lui faire des lavages fréquents à l'eau boriquée chaude et deux fois par semaine avec du nitrate d'argent à 1 0/0.

Au commencement de l'année 1897, M. T... se rend dans son pays, à Neu-Sudwales. Le changement de climat et de nourriture, aussi bien qu'un certain surmenage, ont eu une influence fâcheuse sur sa maladie : du ténésme fréquent, mucosité sanguinolente dans l'urine, des douleurs fréquentes avant et après l'évacuation de la vessie (au moyen de la sonde). Tous ces symptômes paraissent démontrer qu'un nouveau calcul s'est formé.

Au mois de mai 1897 M. T... se sent très mal et se rend à Sidney, voyage de plus de 600 lieues. Les médecins Cormick et Mullind décident de ne pas opérer le malade dont l'état général était très mauvais. Trois semaines après, M. T... retourne dans sa propriété, il va un peu mieux, mais il souffre encore assez souvent. Mac Cormick fit au mois de novembre 1897, dans l'assistance de M. Porer, la *sectio alta* et retire dix calculs. On lui enlève également ce qui est resté du lobe moyen de sa prostate, de nouveau sans résultat, le malade ne pouvant pas uriner spontanément.

M. T... se rétablit très vite après cette opération, et il rentre au mois de décembre à Melbourne.

Au mois de janvier 1898, M. T... se rend à Vienne ; son état fut satisfaisant pendant ce voyage malgré qu'il a évacué deux petits calculs par la sonde pendant une des mictions.

Lorsqu'un malade grand et bien bâti se présenta chez moi pour la première fois au commencement du mois de mai, son urine était ammoniacale, très trouble, avec un poids spécifique 1,016 et avec de l'albumine dans la proportion de 1 1/2 0/0. Le sédiment contient du pus et de nombreux corpuscules rouges. Le malade se sert trois fois dans les vingt-quatre heures de la sonde, n'émet pas une seule goutte d'urine spontanément. Il voulait absolument se soumettre à une nouvelle opération, espérant encore pouvoir se délivrer de la sonde. Nous lui proposons l'incision de Böttini. Au toucher rectal, on constate que la prostate est considérablement augmentée de volume (de chaque côté de la ligne médiane large de trois à quatre travers de doigt) ; il est impossible d'atteindre son extrémité supérieure avec le bout du médius ; sa surface est lisse, sa consistance dure. En examinant avec la sonde, on constate l'absence de tout obstacle au niveau de l'orifice interne, la sonde entrait avec la plus grande facilité dans la vessie ; pas de calcul. Les parois de la vessie sont dures ; en introduisant une sonde, on fait sortir l'urine à grand et fort jet.

Quelques jours avant l'opération, j'introduisis au malade une sonde à demeure et je fis toutes les trois heures des lavages de la vessie à l'eau boricuée. Sous l'influence du traitement local et de l'utropine, j'arrivais à avoir bientôt une urine acide ; elle est moins trouble, contient moins d'albumine, a une odeur moins désagréable.

Le 3 mai, on fait au chloroforme, et après avoir vidé la vessie, trois incisions avec l'inciseur de Bottini, longues de trois centimètres, l'une en haut, au niveau de la symphyse, les deux autres des côtés à droite et à gauche. Après l'opération, légère hémorrhagie. Pas de sonde à demeure.

Après l'opération, l'urine se met à couler et je trouve le soir la vessie tout à fait vide. Toute l'urine s'est échappée spontanément et involontairement. A minuit, le malade a un frisson qui dure trois

quarts d'heure (température 40°3), de deux côtés au niveau des reins et jusqu'aux glands de grandes douleurs. Avec cela une forte transpiration.

Le 9 mai, à 8 heures et demie du matin, température 37°2; pendant la nuit presque toute l'urine s'est échappée involontairement. La sonde, introduite dans le but de faire un lavage à l'eau boricuée, ne fait sortir que 20 c. c. d'urine légèrement sanguinolente. A 10 heures et demie du matin, nouveau frisson de courte durée (température 39°2); le soir, température 38°4; à 10 heures du soir, nouveau frisson (température 38°8); l'urine est plus fortement hémorragique; elle coule par gouttes dans une bouteille qu'on a mise dans le but. L'urine contenant du sang, et les frissons répétés me décident à mettre une sonde à demeure; la vessie est vide. Lavage au nitrate d'argent.

Le 10 mai, le matin, température 37°; le soir, 36°8. La nuit des vomissements répétés. Pouls à 114, petit, langue sèche. La quantité d'urine évacuée en 24 heures est de 80 c. c.; l'urine contient encore beaucoup de sang.

Le 11 mai, le matin, langue humide, pouls à 96, température depuis ce moment normale. On enlève la sonde à demeure le 14 mai; l'urine n'est plus sanguinolente, l'écoulement d'urine se continue; l'urine est un peu trouble, contient 2 0/0 d'albumine; quantité en 24 heures, 1,800 c. c. On continue les lavages de la vessie deux fois par jour.

Le 17 mai. Le malade est en état de retenir de petites quantités d'urine (50 c. c.); il laisse échapper, le 18 mai, les 200 gr. d'eau boricuée introduite dans la vessie en lavage, cette eau s'écoule en un jet fort. Depuis ce moment, le sphincter agit normalement. Le malade vide cinq à six fois dans la journée et une fois la nuit (200 à 250 c. c. chaque miction). En le sondant, on arrive souvent à évacuer complètement la vessie. L'appétit et le besoin de dormir augmentent, le malade est vite reconstitué et quitte le sanatorium le 23 mai.

Mais je fus appelé à voir le malade déjà le 2 juin: je le trouve dans son lit avec de fortes douleurs à l'endroit de la vessie et avec de la fièvre. La veille de ce jour le malade a eu en se promenant un grand frisson et des douleurs très fortes au niveau de la symphyse.

A l'examen, on trouve une tumeur dure au niveau de la cicatrice qui est restée après la première opération *sectio alta* la cicatrice elle-même en rouge, oedémateuse.

Les jours suivants, on voit se développer dans cet endroit un abcès, qu'on incise le 10 juin et qui laisse sortir beaucoup de pus. Quelques jours plus tard, le pus se montre derrière la symphyse, et ensuite à gauche de la vessie, tout cela nécessite une nouvelle incision à gauche de la ligne médiane et l'introduction d'un drain qui atteint les parois postérieures de la vessie. Au commencement du mois de juillet le malade n'a pas de fièvre, le pus ne sort plus de la vessie. Depuis la moitié du mois de juillet, jusqu'au mois d'août on voit l'urine suinter par moment à travers la pustule gauche, surtout à la fin de la miction. Ce n'est que vers la fin du mois de septembre que le pus a cessé complètement de se montrer. Pendant tout ce temps, le malade urinait spontanément, il vidait toujours sa vessie complètement et à intervalles réguliers. L'urine resta trouble, l'albumine est dans la proportion de 1 0/0. Il est difficile de se prononcer si cette longue suppuration était la conséquence de l'incision par la méthode de Bottini ou bien de l'opération faite il y a un an. Il est bien possible que l'incision galvanocaustique de la paroi supérieure amena une thrombose du plexus périprostatique, derrière la symphyse et que les frissons du début furent provoqués par une phlébite, qui aboutit quelques semaines après à la formation d'un abcès. Mais il est possible aussi que la suppuration était la conséquence de ce qu'un fil est resté après la *sectio allo*, et était tout à fait étrangère à la dernière opération.

Ce cas avec le résultat de guérison complète est d'un grand intérêt. On voit d'après ce qui est dit que l'opération de Bottini peut réussir alors même lorsque d'autres moyens paraissant plus directs comme dans ce cas la prostatectomie latérale, la section médiane et la *sectio alta* sont restés sans aucun effet.

VII

J.-M. H..., âgé de 47 ans, de Vienne, souffre depuis trois ans de la pesanteur de la prostate avec rétention chronique et incomplète.

Au commencement du mois d'avril 1897 s'établit un écoulement

d'urine surtout la nuit. Le malade est obligé d'uriner tous les quarts d'heure. La vessie est très dilatée, atteint l'ombilie.

L'urine est claire, très pâle, son poids spécifique est de 1,005 et contient des traces d'albumine, pas de sucre ; une polyurie s'établit. L'urine évacuée spontanément dans les vingt-quatre heures atteint deux et trois litres.

Le 6 avril on commence à introduire des sondes de plus en plus grandes et on arrive après quatorze jours à vider complètement la vessie.

Pendant qu'on vidait ainsi peu à peu la vessie, le malade ressentait toujours tous les quarts d'heure le besoin d'uriner ; la polyurie se maintenait. Le malade s'habitue depuis la troisième semaine de se sonder trois à cinq fois par vingt-quatre heures ; il urinait chaque fois 500 c. c. et rendait en outre spontanément encore 1,500 à 2,000 c. c. Au mois d'août 1892 et pendant son séjour à la campagne, le malade s'inspecte avec la sonde, il a de la fièvre et des frissons ; décomposition ammoniacale de l'urine et une grande prostration.

Lorsque le malade revient à Vienne, il est dans un état tout à fait désolant. Il a beaucoup maigri, absence complète d'appétit, la langue est sèche et la soif continue.

L'urine est très trouble et fétide, le besoin d'uriner fréquent. On introduit tout de suite une sonde à demeure, on fait le lavage de la vessie à l'eau boriquée et au nitrate d'argent. Le drainage permanent réussit très bien. Pendant les six semaines de ce traitement le malade s'est très bien remis, il a repris du poids, son urine est devenue acide et n'est que légèrement trouble.

Le malade ne peut pas se décider à se faire opérer, il retourne donc à sa sonde. Le besoin d'uriner devient plus fréquent, le malade se sonde cinq fois par jour. Mais depuis le mois de mars le cathétérisme commence à devenir de plus en plus pénible et douloureux ; il y a assez souvent de petites hémorrhagies ; d'autres fois le malade se sonde sans aucun résultat.

De temps en temps les sondages sont suivis de frissons et l'état général du malade n'est plus bon. Lorsque le malade se décide enfin à subir l'opération de Bottini, nous trouvons à l'examen : le malade est grand et fort, il a le teint jaunâtre, la langue sèche ; est assez

maigre. L'urine est pâle, trouble, le sédiment contient du pus ; poids spécifique de 1,007, albumine 1 0/0, pas de sucre ; quantité de l'urine de 24 heures est égale à 2500 à 3000 cm³. Malgré qu'on le sonde quatre fois par jour, le malade ressent encore tous les quarts d'heure le besoin d'uriner, mais la quantité d'urine émise spontanément est de plus en plus petite et depuis neuf semaines il lui est impossible d'uriner spontanément malgré le besoin le plus cuisant.

La prostate est quatre fois plus grande que normalement, molle, succulente. Lorsqu'on introduit une sonde coudée de Mercier, elle se heurte au niveau de l'orifice interne contre un obstacle qu'on n'évite qu'à force de patience et en tâtonnant. L'introduction d'un cystoscope est impossible. La contractibilité de la vessie est conservée, le jet de l'urine est fort.

Le 18 mai, on fait au chloroforme trois incisions de 3 centimètres de longueur chacune, sur la paroi inférieure : l'une médiane, les deux autres à droite et à gauche ; l'une à côté de l'autre et convergentes vers le bas. Pas d'hémorrhagie, pas de sonde à demeure. Le malade n'urine pas spontanément après l'opération ; on le cathétérise trois fois dans les premières 24 h. (2000 cm³) et le lendemain. L'urine est rougeâtre, très trouble ; le besoin d'uriner qui est très grand le premier jour, après l'opération devient moins grand.

Le 20 mai, le malade urine spontanément de 670 cm³ d'urine en quatre fois ; on cathétérise deux fois ; on fait des lavages. Le 21 mai, le malade urine de 1200 cm³ spontanément, on le sonde une seule fois ; le soir, le besoin d'uriner a disparu.

La quantité d'urine émise spontanément devient chaque jour plus grande, le résidu est moindre ; le 15 juin il n'est que de 80 cm³. L'urine étant encore très trouble, on continue régulièrement les lavages de la vessie. Depuis le 16 juin le malade vide souvent sa vessie jusqu'à la dernière goutte. A la fin du mois de juin, l'urine est devenue assez claire, poids spécifique 1.020, quantité émise en 24 heures 1400-1700 cm³. Le malade urine trois ou quatre fois par jour, pas du tout la nuit. Il n'a jamais eu de fièvre. A la fin du mois d'octobre le malade est encore tout à fait bien.

VIII

E. S., âgé de 70 ans, commerçant de Pologne, est atteint de rétention complète depuis dix mois et est obligé de se sonder régulièrement. L'urine est trouble, avec un sédiment contenant du pus, acide; poids spécifique 1,020, contient des traces d'albumine. La prostate est large de quatre doigts, sa partie supérieure peut être atteinte juste avec le bout du médus. L'urine sort par la sonde dans un fort jet. A l'examen cystoscopique on reconnaît dans la vessie trois néoformations bien proéminentes. Le 4 juin on fait à la cocaïne l'opération de Bottini, la vessie étant préalablement vidée, trois incisions de 3 cm. de long. en bas, à droite et à gauche. Le malade ne peut pas uriner tout seul après l'opération; on le sonde trois fois dans les 24 heures. Le 5 juin, à midi, frisson (temp. 38°3). Le 6 juin, température du malade 38°2. *Epididymitis sinistra*. Le soir, température 39°1. L'épididymite aboutit à la formation d'un abcès, qu'on incise le 45 juin. Le 24 juin, épididymite droite, un abcès se forme également, qu'on incise le 28 juin. Le malade n'urine pas spontanément. Le 12 juillet, on entreprend encore une fois l'opération de Bottini; une incision sur la paroi supérieure, l'autre à la paroi inférieure, chacune longue de 3 cm. Pas d'hémorrhagie. Pas de sonde à demeure. Le malade urine le soir 40 cm³ d'urine rougeâtre; le 14 juillet, rétention complète avec l'élévation de la température (le matin 38°3; le soir 39°2). On introduit une sonde à demeure. Depuis le 15 pas de fièvre.

Le malade sur sa demande quitte la clinique le 28 juillet, c'est-à-dire seize jours après la deuxième opération, il n'est pas guéri. Il nous écrit de son pays le 10 septembre qu'il a commencé au mois d'août d'uriner spontanément, que cet état va en s'améliorant et qu'actuellement il se passe tout à fait de la sonde. Nous recevions encore une lettre le 28 octobre; le malade nous écrit qu'il urine spontanément dans des intervalles normales et sans aucune difficulté.

IX

J. H., âgé de 54 ans, cultivateur, se présente à la consultation le 20 juin 1898. Depuis une année, rétention complète. Hypertrophie moyenne de la prostate; depuis l'automne dernier son urine coule par gouttes. La vessie est très dilatée, elle atteint l'ombilic. Toutes les heures, deux ou trois mictions. L'urine est claire, acide, à composition normale, au poids spécifique de 1,010. Ne voulant pas vider d'un coup la vessie excessivement dilatée, on renonce à l'examen au cystoscope. L'examen avec la sonde montre l'existence d'un petit lobe moyen.

Ce cas se distingue des autres par le fait que le malade n'a jamais été sondé et qu'on a entrepris l'opération, la vessie étant distendue. L'introduction d'une sonde évacuante dans le cas d'hypertrophie de la prostate au troisième degré (Guyon) peut quelquefois être dangereux. Il était donc intéressant de voir comment la vessie distendue *à maximum* se vidait après l'opération. On a pas pu malheureusement le voir, le cours normal de l'opération nécessitant l'introduction de la sonde.

On fit, le 25 juin, à la cocaïne, trois incisions avec l'inciseur de Bottini, en bas et à gauche, longues de 3 centimètres; en haut, 2 centimètres et à droite 2 cm,5 de longueur. Après l'opération une assez forte hémorrhagie, qui nécessita l'introduction d'une sonde à demeure. On retire par cette sonde 200 c. c. d'urine, et on vide les jours suivants petit à petit la vessie.

L'hémorrhagie s'arrêta. Le 27 juin on constate une infiltration diffuse du périnée et de l'œdème du scrotum. Température du matin, 38,8, température du soir 39,1. L'infiltration disparaît pendant les deux jours suivants (Température : le 28 : le matin 38,8, le soir 39,1; le 29, le matin 38,5, le soir 39). Le 1^{er} juillet le malade n'a plus de fièvre. L'urine est légèrement trouble. Le 3 juillet la vessie est vide et la sonde à demeure est retirée. Le malade urine spontanément 50 c. c. 3, mais il souffre d'un besoin d'uriner si fréquent et si douloureux que je me décide à lui remettre la sonde à demeure. Le 4 juillet l'urine devient très purulente et fétide. Le patient a un peu de

fièvre, des frissons; la langue est sèche, le pouls est petit et fréquent. Le 8 juillet épididymite à droite; le 9, le malade est somnolent, l'urine est très fétide, la température est subnormale et le malade meurt dans un état collapsus le matin du 12 juillet. A. l'autopsie on constate un abcès au lobe latéral droit de la prostate, cystique diphtérique, éruption diphtérique sur les plaies des incisions, pyélite aiguë du rein droit.

X

J. K..., âgé de 69 ans, a subi, il y a dix ans, l'écrasement d'un calcul vésical; souffre depuis plusieurs années d'une rétention chronique et incomplète. Il y a quatre ans, pendant une cure à Karlsbad, rétention complète. La congestion aiguë avec besoin fréquent d'uriner dura pendant un an; cet état s'améliore peu à peu; le malade arrive à n'uriner que toutes les deux heures et il ne se sert que d'une fois dans les 24 heures de la sonde au moyen de laquelle il rejette 200 cm³. d'urine résiduel. Depuis le temps où le malade a commencé à se sonder plus d'une fois par jour les intervalles entre les mictions sont devenues encore plus grandes; mais les mictions sont de plus en plus pénibles et la vessie se vide de plus en plus incomplètement. Une exploration faite il y a trois ans par une main peu expérimentée a produit une hémorrhagie assez grande. Depuis une année le malade n'émet spontanément que 15 cm³., depuis une demi-année 3 à 5 cm³. seulement. Il se sonde trois fois dans les 24 heures. Le malade est bien musclé, petit, assez fort.

La prostate est très grosse; ses limites supérieures sont inaccessibles au doigt, les lobes latéraux sont très hypertrophiés.

Le cathétérisme est très difficile, l'urèthre est très long, surtout sa partie prostatique.

Le plus grand obstacle à l'introduction de la sonde est à l'orifice interne. L'urine n'est qu'un peu catarrhale, avec un poids spécifique normal, sans albumine.

Le 28 juin on anesthésie le malade au chloroforme, on évacue la vessie et on fait avec l'inciseur trois incisions: en haut de 2 cm. 5 de longueur, à droite et au milieu et à gauche et en bas de 3 cm. de longueur. Après l'opération une hémorrhagie de moyenne intensité

de l'urèthre. Introduction d'une sonde à demeure : on introduit une sonde anglaise avec mandarine.

Le 29 juin le malade se sent subjectivement bien, pas de fièvre ; l'urine est presque claire, à côté de la sonde un peu de liquide sanguinolent. On retire le 3 juillet la sonde à demeure. Le malade urine spontanément et en plusieurs fois de petites quantités d'urine (environ 20 cm³. Le soir une forte hémorrhagie de l'urèthre, qui nécessite une nouvelle introduction de la sonde à demeure, qu'on retire le 13 juillet. Le malade ne peut pas uriner spontanément, il se sonde régulièrement et à intervalles définis.

A chaque cathétérisme une forte hémorrhagie. L'introduction de l'instrument est de plus en plus difficile et devient impossible le soir du 14 juillet.

J'ai fait, le 15 juillet plusieurs tentatives inutiles pour introduire des sondes de formes différentes ; le plus léger frôlement de la prostate avec la sonde avait tout de suite pour conséquence une forte hémorrhagie.

Je me décide donc à ponctionner la vessie espérant que la prostate pourra pendant ce temps désenfler. Mais la ponction aussi n'a pas réussi : un flot de sang s'est échappé à l'introduction du trocart, pas une goutte d'urine. J'essayai, mais sans réussir de trouver une autre voie pour atteindre la vessie, et il ne me resta autre chose à faire que d'ouvrir la vessie par la *sectio alta*.

Mais cette opération si facile d'ailleurs présentait aussi des difficultés, le malade ayant un pannicule adipeux développé et ayant trois hernies, une ombilicale et deux inguinales. Lorsqu'on a ouvert la vessie on a constaté que partie de la prostate proéminente dans la vessie était tellement grande qu'elle couvrait toute la paroi antérieure de la vessie jusqu'à son sommet.

Pas d'urine entre la prostate et la paroi antérieure de la vessie. L'urine se trouvait dans un récessus, profondément, au-dessous de la prostate et le trocart de Fleurant, long de 16 cm. n'a pas pu l'atteindre pendant la ponction. On arrive avec peine d'introduire une sonde dans le recessus et de l'adapter de manière à ce qu'elle constitue un drainage permanent.

La plaie est couverte de gaz iodoformé, on fait quelques sutures avec des fils de soie.

Pas d'autre complication, pas de fièvre. Quatorze jours après la sectio allo le malade commence à uriner un peu. L'introduction d'une sonde rencontre toujours encore des obstacles qu'on ne peut pas surmonter. Je me décide de laisser encore ouverte la fistule.

Pendant les trois semaines qui suivent les quantités d'urine émises par l'urèthre deviennent un peu plus grandes (30 à 50 cm³) et le malade est en état de se sonder sans difficulté. L'obstacle qui se trouvait juste à l'entrée dans la vessie a apparemment disparu.

Le drainage fut éloigné, la fistule s'est vite fermée et vers la moitié du mois d'octobre nous trouvons notre malade :

Etat général parfait, pas de difficulté d'uriner. Le malade urine spontanément, surtout vers le soir et il émet à chaque miction 50 à 80 cm³ d'urine ; il se sonde deux fois pendant les 24 heures et émet chaque fois 300 cm³ de résidu.

L'urine est légèrement troublée, dépourvue d'albumine. Le cathétérisme avec une sonde bicoudée ne présente en général pas de difficulté, mais l'obstacle au niveau de l'orifice interne existe de nouveau et le malade est obligé pour le franchir de faire un petit mouvement avec la sonde.

On ne veut pas le soumettre à un nouvel examen, la prostate saignant facilement, ce qui empêcherait le malade de se sonder pendant plusieurs heures. Nous arrivons du reste toujours à vider sa vessie complètement.

Rétention aiguë.

NUMÉROS	NOM DE L'AUTEUR	ÂGE DU MALADE	DÉBUT DE LA MALADIE	ÉTAT DE LA VESSIE	RÉSIDU AVANT L'OPÉRATION	TRAITEMENT AVANT L'OPÉRATION	OPÉRATION DE BOTTINI	SUITES OPÉRATOIRES	RÉSULTAT DÉFINITIF
2	Lohnstein.		1888	Infectée.	1.150 cc.		1898. Incision du lobe moyen.	Le lendemain de l'opéra- tion, mictions fréquentes. Résidu, 500, 600 cc. Les jours suivants, le résidu di- minue.	Deux mois après, mictions spontanées.
1	Mariaches.	53		Urine troublée.			2 opérations, 3 inci- sions.	Après la première, légère hémorrhagie, pas de miction spontanée. Après la deuxième, miction sponta- née au troisième jour. Ré- sidu, 200 cc.	Quinze jours après, mictions spontanées. Résidu, 50 cc.
2	Mariaches.	60	1850	Deux attaques de ré- tention aiguë.	500 cc.		2 incisions latérales.	Légère hémorrhagie la même jour. Pas de miction spontanée. Sonde à de- meure. Quatre jours après, épididymite gauche. Cinq jours après, miction sponta- née. Résidu, 240 cc.	Un mois après, mictions spontanées, urine claire, ré- sidu, 40 cc.
3	Mariaches.	80	En rétention complète de plus de trois jours			Sonde à demeure.	2 opérations, 3 inci- sions.	Épididymite double.	Miction spontanée. Pla- ge de résidu.

Rétention complète chronique.

NOM DE L'AUTEUR	Âge du malade	Début de la maladie	ÉTAT DE LA VESSIE	RÉSIDU AVANT L'OPÉRATION	TRAITEMENT AVANT L'OPÉRATION	OPÉRATION DE BOTTINI	SUITES OPÉRATOIRES	RÉSULTAT DÉFINITIF
1 Bottini.	66	1893	Très infectée.		Cathétérisme.	1896.	Miction spontanée le jour même de l'opération.	Miction spontanée.
2 Bottini.	70	1895	Très infectée.		Cathétérisme et lavages de la vessie.	1897. 2 incisions. Nouvelle opération le lendemain, 2 incisions.	Miction spontanée dès le premier jour.	Miction spontanée.
4 Bottini.	68	1872	Infectée.		Cathétérisme.	1875.	Miction spontanée quelques heures après l'opération.	Trois mois après, miction spontanée.
6 Bottini.	63	1886	Infectée. Incontinence.		Cathétérisme.	1888.	Miction spontanée le même jour.	Quelques mois après, bon état vésical. Mictions spontanées.
8 Bottini.	70	1877	Infectée. Incontinence.		Lavages de la vessie.	1884.	Sonde à demeure. Lavages de la vessie.	Mictions spontanées toutes les 4-5 heures. Urine claire.
3 Hané.	58	1896	Infectée.			1898. Deux incisions.	Le jour même de l'opération, urine légèrement rougeâtre. Neuf jours après, urine claire, miction toutes les 4, 5 heures le jour, une fois la nuit. Résidu, 50 cc.	Dix semaines après, l'amélioration se maintient.
4 Frisch.	62	1895	Très infectée.	400 cc.	Lithotritie. Cathétérisme. Lavages de la vessie	1898. 3 incisions.	14 jours après, miction spontanée. Résidu, 300 cc.	Ne vide pas la vessie. Amélioration cystite.
5 Frisch.	63		Non infectée.		Resection. Canal déférent. Cathétérisme, 3 fois 24 heures.	3 incisions.	8 jours après, miction spontanée. Résidu, 50 cc.	Six mois après, urine claire, 4 mictions par jour, 1 la nuit.

Rétention complète chronique.

NOM DE L'AUTEUR	ÂGE DU MALADE	DÉBUT DE LA MALADIE	ÉTAT DE LA VESSIE	RÉSIDU AVANT L'OPÉRATION	TRAITEMENT AVANT L'OPÉRATION	OPÉRATION DE BOTTINI	SUITES OPÉRATOIRES	RÉSULTAT DÉFINITIF
6 Frisch.	67	1893	Infectée.		1894. Lithotritie. 1894. Prostectomie lobe droit. 1895. Pros- tactectomie lobe moyen. 1897. Taille hypogas- trique pour calcul. Ca- thétérisme.	1898. 3 incisions.	Léger hémorrhagie pen- dant 3 jours. Température, 38° 39° pendant 3 jours. 8 jours après le malade vide sa vessie. Un mois après, abcès prévésical.	Quelques mois après, mic- tion spontanée. La vessie se tide.
8 Frisch.	70		Infectée		Cathétérisme	3 incisions. Un mois après, nouvelle opéra- tion, 2 incisions.	Pas de miction spontanée après la première opération. Épididymite gauche et droi- te. Réaction fébrile. Mic- tion spontanée après la deuxième opération. Deux jours après, rétention com- plète et élévation de la température. Disparition des accidents par la sonde a demeure.	
9 Frisch.	54	18 5	Non infectée. Incon- tinence.		Pas de cathétérisme.	1896. 3 incisions	Blenorrhagie. Résidu, 200 cc. Température, <i>In- filtration d'urine</i> . Dispa- rition des accidents par la sonde à demeure. Quelques jours après, miction spon- tanée, mais suivie de dou- leurs, fièvre épididymite.	Mort. Autopsie. Abcès du lobe droit de la prostate. Cystite. Pyélite.
5 Lohnstein.		1897	Infectée.	800 cc.	Cathétérisme et la- vages.	1897	Pas de miction spontanée. Sonde à demeure. Même résidu.	Mort 3 semaines après.

Rétention complète chronique.

NOM DE L'AUTEUR	ÂGE DU MALADE	DÉBUT LA MALADIE	ÉTAT DE LA VESSIE	RÉSIDU AVANT L'OPÉRATION	TRAITEMENT AVANT L'OPÉRATION	OPÉRATION DE BOTTINI	SUITES OPÉRATOIRES	RÉSULTAT DÉFINITIF
1 Simon.	68	1895	Infectée.	500 cc.	Cathétérisme.	1897. Une incision. 4 mois après, nouvelle opération, une incision.	Le lendemain après la première opération, miction spontanée. Quelques jours après, augmentation de la cystite. Même résidu. Rétention complète. Deux jours après la deuxième opération miction spontanée. Amélioration progressive de la cystite.	Un an après, disparition complète de la cystite ; mais pas de miction spontanée.
2 Simon.	61	1895	Infectée.		Cathétérisme	1897. Une incision. Quatre jours après, nouvelle opération, une incision.	Après la première opération, amélioration cystite, mais pas de miction spontanée. Quatre heures après la deuxième opération, miction spontanée.	Quelques mois après, pas de cystite ; résidu, 40 cc. Miction spontanée.
3 Simon.	64	1895	Infectée.	160 cc.	Cathétérisme	1897. 2 incisions.	Le soir de l'opération, miction spontanée. Urine rougeâtre. 8 jours après, diminution de la miction et à l'onzième jour, rétention.	Mort par urème
4 Simon.	76	1897	Non infectée.	600 cc.		1894. Une incision.	Sept heures après l'opération, miction spontanée. Depuis, mictions 4 fois par jour.	Un an après, pas de résidu. Miction spontanée.
6 Simon.	67	1887	Infectée.	800 cc.	Cathétérisme. Ponction capillaire sous-cutanée.	1897. Une incision.	Miction spontanée le même jour et jours suivants.	Cinq mois après, miction spontanée. Urine claire. Résidu, 200 cc.

Rétention complète chronique.

NUMÉROS	NOM DE L'AUTEUR	ÂGE DU MALADE	DÉBUT DE LA MALADIE	ÉTAT DE LA VESSIE	RÉSIDU AVANT L'OPÉRATION	TRAITEMENT AVANT L'OPÉRATION	OPÉRATION DE BOTTINI	SUITES OPÉRATOIRES	RÉSULTAT DÉFINITIF
6	Freundenberg.	74		Très infectée.	1.000 cc.	Castration double. Lavages de la vessie.	1898.	Miction spontanée depuis le premier jour de l'opération. Résidu, 40 cc. Pas de cathétérisme. Urine 2 fois par jour.	Un mois après, miction spontanée. Résidu, 40 cc. Pas de cathétérisme. Urine.
1	Nicollet.	74		Infectée.		Vasectomie. Lithotritie. Cathétérisme.	3 incisions.	Le lendemain, miction spontanée de 200 cc. d'urine. Cathétérisme et lavages de la vessie pendant une semaine.	Quelques semaines après, miction spontanée toutes les 2 heures. Pas de résidu.
4	Mariashes.	70		Infectée.		Opération Albarran. Motz. (Résultat nul.)	2 opérations à 3 incisions.	Pas de miction spontanée. Urine sanguinolente.	Nul.

Rétention incomplète.

1	Willy-Meyer.			Miction douloureuse et fréquente.	300 cc.		2 opérations en octobre et décembre 1897.	Dix semaines après la première opération, miction moins fréquente. Résidu, le même. Le lendemain, après la deuxième opération, le malade se lève et quelques jours après, quitte l'hôpital. Chez lui, incontinence pendant quelques jours.	
2	Willy-Meyer.	70			160 cc.		23 décembre 1897.	Pas d'hémorrhagie. Le malade se lève le lendemain. Pas d'amélioration.	Nul. 8 jours après, mort.

Rétention incomplète.

NUMÉROS	NOM DE L'AUTEUR	ÂGE DU MALADE	DEBUT DE LA MALADIE	ÉTAT DE LA VESSIE	RÉSIDU AVANT L'OPÉRATION	TRAITEMENT AVANT L'OPÉRATION	OPÉRATION DE BOTTINI	SUITES OPÉRATOIRES	RÉSULTAT DÉFINITIF
3	Willy-Meyer.	67	1896	Infectée. En plus, pyélite bi-latérale.	450 cc.	Lavages de la vessie.	29 juin 1898.	Quelques heures après l'opération, élévation de la température. 7 heures après, émission spontanée de 90 cc. d'urine sanguinolente.	Nul. 30 heures après, mort.
1	Henri Morthon.	62		Mictions fréquentes : 9 fois par jour.	30 cc.		25 février 1899.		Légère amélioration : 2 mois après, mictions moins fréquentes, 5 fois par jour. Résidu, 16 cc.
2	Henri Morthon.	75		Mictions très fréquentes.	120 cc.		25 février 1898.		Légère amélioration : 2 mois après, mictions moins fréquentes. Résidu, 16 cc. Urine résiduelle troublee.
4	Henri Morthon.	55		Mictions fréquentes toutes les 3 heures le jour, 3 fois la nuit. Urine claire.	480 cc.		8 mars 1898.	Deux jours après, rétention complète. Quelques jours après, cystite.	Un mois après, amélioration de la cystite. Résidu, 30 cc.
5	Henri Morthon.	66		Mictions fréquentes toutes les 2 heures le jour, 6 fois la nuit.	300 cc.		8 mars 1898.		Un mois après, mictions fréquentes toutes les 2 ou 3 heures le jour. 2 fois la nuit. Résidu, 16 cc.
1	Lohnstein.	60	1893	Infectée. Incontinence.	350 cc.	Cathétérisme et lavages.	1898. 2 incisions. Nouvelle opération quelques jours après, 2 incisions.	Après la première opération, résultat nul. Résidu, 500 cc. Après la deuxième, urine troublee, résidu, 300 cc.	Nul.
3	Lohnstein.	60		Infectée.	1.150 cc.		1898. Incision du lobe moyen.	Le lendemain de l'opération, mictions fréquentes. Résidu, 500 cc. Les jours suivants, le résidu diminue.	Deux mois après, mictions spontanées.

Rétention incomplète.

NOM DE L'AUTEUR	AGE DU MALADE	DÉBUT DU MALADE	ÉTAT DE LA VESSIE	RÉSIDU L'AVANT L'OPÉRATION	TRAITEMENT AVANT L'OPÉRATION	OPÉRATION DE BOTTINI	SUITES OPÉRATOIRES	RÉSULTAT DÉFINITIF
4 Lohrstein.	70		Infectée.				Hémorrhagie qui nécessite l'introduction d'une sonde à demeure.	Pas d'amélioration de la cystite. Résidu, 20 cc.
6 Lohrstein.			Mictions fréquentes : 900 cc. 20 fois 24 heures.					Mictions moins fréquentes. Résidu, 30 cc.
7 Lohrstein.			Mictions fréquentes : 1000 cc. 18 fois 24 heures.					Mictions moins fréquentes. Résidu, 50 cc.
8 Lohrstein.			Mictions fréquentes : 300 cc. 26 fois 24 heures.					Mictions moins fréquentes. Résidu, 100 cc.
9 Lohrstein.			Mictions fréquentes : 400 cc. 23 fois 24 heures.					Mictions moins fréquentes. Résidu, 100 cc.
10 Lohrstein.	82	1892	Infectée. Mictions, 15 fois 24 heures.		Cathétérisme et lavages.	1898. 2 incisions. Un mois après, nouvelle opération	Après la première opération, mictions fréquentes et douloureuses. Après la deuxième, aucun changement.	Nul.
11 Lohrstein.	57	1887	Infectée. Mictions douloureuses, fréquentes, 9 fois le jour, 4 la nuit.			1897. 2 incisions. Un mois après, nouvelle opération, 4 incisions.	Cessation des douleurs après la première opération. Même fréquence des mictions, même résidu. Après la deuxième, pas de changement.	Nul.
12 Lohrstein.	65	1890	Infectée. Mictions fréquentes, 20 fois 24 heures, dont 15 la nuit.			1898. Incision du bulbe moyen.	Le lendemain, rétention complète qui cède aux cathétérismes. Mictions fréquentes, 15 fois 24 heures.	Résidu, 170 cc. Légère amélioration de la cystite. Urine claire.

Rétention incomplète.

NUMÉROS	NOM DE L'AUTEUR	ÂGE DU MALADE	DÉBUT DE LA MALADIE	ÉTAT DE LA VESSIE	RÉSIDU AVANT L'OPÉRATION	TRAITEMENT AVANT L'OPÉRATION	OPÉRATION DE BOTTINI	SUITES OPÉRATOIRES	RÉSULTAT DÉFINITIF
5	Simon.	56	1894	Infectée. Mictions tous les 1/4 d'heures.	600 cc.	Cathétérisme.	1897. Une incision en arrière. 10 jours après, nouvelle opération, une incision latérale.	Après la première, pas de miction spontanée. Après la deuxième, miction spontanée, mais on continue le cathétérisme.	Mort. Autopsie : pyélonéphrite, cystite. Lobe moyen de la prostate irrégulièrement hypertrophié.
7	Simon.	73	1897	Infectée. Mictions fréquentes.	1100 cc.	Cathétérisme.	1897. Une incision	6 heures après miction spontanée de 150 cc. d'urine. Troisième jour, miction spontanée de 1.800 cc. d'urine. Résidu, 600 cc.	Bon. Un mois après, pas de résidu.
8	Simon.	58	1887	Très infectée.	800 cc.	Cathétérisme rare.	1897. 3 incisions.	5 jours après, émission spontanée de 200 cc. d'urine. Amélioration progressive.	Bon. 6 mois après, pas de résidu et urine claire.
1	Groschick.	61	1893	Infectée. Mictions fréquentes et très douloureuses.	130 cc.	Prostatomie. Lithotritie. Lavages de la vessie.	1899. 3 incisions.	Miction facile et moins fréquente depuis le jour de l'opération.	Un mois après, pas de résidu. Mictions 4 fois dans la journée.
2	Groschick.	59	1896	Infectée. Mictions fréquentes.	300 cc.	Cathétérisme et lavages.	1899. 3 incisions. 20 jours après, nouvelle opération. 3 incisions.	Miction spontanée quelques heures après l'opération complète. Soude a demeuré pendant 4 jours. Cathétérisme reculer les jours suivants. Après la troisième opération, miction spontanée depuis le premier jour.	15 jours après, mictions spontanées. Résidu, 100 cc.

Rétention incomplète.

NOM DE L'AUTEUR	ÂGE DU MALADE	DEBUT DE LA MALADIE	ÉTAT DE LA VESSIE	RÉSIDU AVANT L'OPÉRATION	TRAITEMENT AVANT L'OPÉRATION	OPÉRATION DE BOTTINI	SUITES OPÉRATOIRES	RÉSULTAT DÉFINITIF
3 Grosghick.	62	1896	Infectée.	300 cc.	Cathétérisme.	1899. 3 incisions. Nouvelle opération 11 jours après 4 incisions.	Trois jours après la pre- mière opération, miction spontanée. Cathétérisme pendant 7 jours suivants. Résidu, 150 cc. Après la deuxième, miction difficile, sonde à demeure 2 jours. Cathétérisme les jours sui- vants.	Amélioration au point de vue des mictions qui sont spontanées et plus faciles. Mais l'urine est toujours fé- citive.
1 Ruygier.	75	1897	Infectée.		Cathétérisme et la- vages.	1898. 3 incisions.	Rétention d'urine après l'opération : cathétérisme. Les jours suivants, légère incontinence. Cathétérisme et lavages de la vessie. <i>In- filtration d'urine.</i>	Mort. Lobes de la pros- tate très hypertrophiés. Calcul vésical.
1 Hané.	65		Infectée. Mictions fréquentes, 30-35 fois 24 heures.	600 cc.	Lavages de la vessie.	1898. Une incision du lobe moyen.	Miction spontanée après l'opération. 14 jours après, résidu 250 cc. 10 jours plus tard, 100 cc. Mictions 6 fois la nuit, 7 le jour.	Deux mois après l'opéra- tion, miction spontanée, urine claire.
5 Hané.	65	1897	Infectée.	800 cc.	Cathétérisme et la- vages.	1898. 2 incisions. Quelques jours après, nouvelle opération, 2 incisions.	Après la première opéra- tion, résultat nul; résidu, 500 cc. Après la deuxième, urine trouble, résidu 300 cc.	Nul.
2 Bottini.	65	1895	Infectée.		Cathétérisme.	1896. Double inci- sion, lobe gauche.	Miction spontanée depuis le jour de l'opération.	Miction spontanée.
5 Bottini.	49		Infectée. Mictions toutes les heures.		Pas de cathétérisme.	1897.	Miction spontanée, deux heures après l'opération.	Miction spontanée. La- gare cystite.

Rétention incomplète.

NOM DE L'AUTEUR	AGE DU MALADE	DÉBUT DE LA MALADIE	ÉTAT DE LA VESSIE	RÉSIDU AVANT L'OPÉRATION	TRAITEMENT AVANT L'OPÉRATION	OPÉRATION DE BOTTINI	SUITES OPÉRATOIRES	RÉSULTAT DÉFINITIF
7 Bottini.	68	1880	Très infectée.	400 cc.	Cathétérisme et lavages.	1884.	Miction spontanée, 22 heures après l'opération.	Quelques mois après, mictions spontanées toutes les 4 heures. Urine claire.
1 Frisch.	72	1896	Très infectée.	150 cc.	Resection. Canal déférent. Cathétérisme.	1898. 3 incisions.	Rétention complète.	Nul.
2 Frisch.	61	1890	Très infectée. Mictions toutes les heures.	400 cc.	Cathétérisme récurrent.	1898. 3 incisions.	8 jours après, résidu 200 cc. Mictions toutes les 2 heures.	Nul. Résidu. 500 cc.
3 Frisch.	67	1890	Infectée. Incontinence d'urine.	600 cc.	Cathétérisme.	1898. 3 incisions.	Trois semaines après, résidu 200 cc. Légère amélioration pendant 3 mois.	Nul. Résidu, 500 cc.
7 Frisch.	67	1894	Infectée. Mictions douloureuses. Petites hémorragies, frissons.		Cathétérisme.	1897.	Pas de miction spontanée les deux premiers jours. Les jours suivants, miction spontanée. 15 jours après, 80 cc. de résidu.	Cinq mois après, miction spontanée 4 fois par jour. Pas de miction la nuit. Urine claire.
10 Frisch.	69	1888	Infectée.	200 cc.	Cathétérisme.	1898. 3 incisions.	Cinq jours après, miction spontanée. Hémorragie provoquée par le cathétérisme. Taille hypogastrique pour arrêter hémorragie.	Résidu, 200 cc. Miction spontanée. Cathétérisme une fois 24 heures.

Observations incomplètes.

NUMÉROS	NOM DE L'AUTEUR	ÂGE DU MALADE	DEBUT DE LA MALADIE	ÉTAT DE LA VESSIE	RÉSIDU AVANT L'OPÉRATION	TRAITEMENT AVANT L'OPÉRATION	OPÉRATION DE BOTTINI	SUITES OPÉRATOIRES	RÉSULTAT DÉFINITIF
3	H. Morton.	57		Infectée. Mictions fréquentes.			25 février 1898.	Cinq jours après, incontinence d'urine.	Un mois après, miction toutes les 3 heures.
2	Hané.	72		Infectée. Miction douloureuse, fréquente.			2 incisions.	Urine légèrement rougâtre. Le lendemain, claire. Miction spontanée.	10 jours après, mictions spontanées toutes les 2, 3 heures. 3 fois la nuit.
4	Hané.	68		Infectée. Mictions très fréquentes, 40 fois 24 heures.			2 opérations.	Après l'opération, mictions fréquentes, 15 fois 24 heures, dont 5 la nuit.	Presque plus de résidu.
1	Frendenberg.	81		Mictions très fréquentes, 60, 70 fois 24 heures.			1 opération.	4 jours après, miction spontanée.	4-10 mictions 21 heures. Urine trouble. Pas de cathétérisme.
2	Frendenberg.	67		Incontinence. Rétention complète.			1 opération.	4 jours après, miction spontanée.	Mictions moins fréquentes.
3	Frendenberg.	63		Mictions toutes les heures. Rétention incomplète.			1 opération.	3 jours après, hémorrhagie. Sonde à demeure.	Plus d'incontinence.
4	Frendenberg.						1898. 4 incisions.	3 heures après, miction spontanée.	5 mois après, plus de résidu.
5	Frendenberg.	68				Cathétérisme.		Depuis l'opération, miction spontanée, 8, 9 fois 24 heures.	8 semaines après, mictions toutes les 4 heures le jour et une fois la nuit. Pas de résidu.
1	Kreisid, de Chicago.	56		Mictions fréquentes, toutes les heures.				6 semaines après, mictions toutes les 6 heures. Résidu, 30 gr.	5 semaines après, mictions toutes les 3 heures, sans douleur. 15 gr. de résidu.

Observations incomplètes.

NUMÉROS	NOM DE L'AUTEUR	ÂGE DU MALADE	DÉBUT DE LA MALADIE	ÉTAT DE LA VESSIE	RÉSIDU AVANT L'OPÉRATION	TRAITEMENT AVANT L'OPÉRATION	OPÉRATION DE BOTTINI	SUITES OPÉRATOIRES	RÉSULTAT DÉFINITIF
2	Kreissl, de Chicago.	52		Infectée. Mictions fréquentes.				3 semaines après l'opéra- tion, cystite très amelio- rée : mictions toutes les 2 heures, et les 3 heures la nuit.	Quelques mois après, à peine quelques gouttes de résidu.
3	Kreissl.	54		Rétention complète.	150 cc.	Cathétérisme.	Une incision, lobe moyen.	Le lendemain de l'opéra- tion, miction spontanée.	5 semaines après, mictions toutes les 6 heures, quelques gouttes de résidu.
4	Kreissl.	71		Rétention incom- plète. Mictions toutes les 2 heures dans la journée et 1/2 heure nuit.				Mictions moins fréquen- tes. 6 semaines après, mictions toutes les 4 heures.	
5	Kreissl.	64		Très infectée. Ré- tention complète chirur- gique.			1898. 2 incisions.	Après l'opération, sonde à demeure pendant 3 jours. Huit jours après, miction facile toutes les 3 heures, 15 gr. de résidu.	

Parmi les observations dont la traduction *in extenso* et le résumé que nous venons de citer, nous ne trouvons que 56 qui sont assez complètes pour servir à la discussion des résultats obtenus.

Rétention aiguë.

Nous avons quatre cas de rétention assez récents opérés par la méthode de Bottini.

Un de ces cas appartient à Lohnstein (obs. 10).

Il s'agit d'un homme qui présente depuis dix ans la rétention incomplète, qui est pris d'une rétention aiguë depuis 24 heures.

On lui a fait une incision du lobe moyen. Il est sorti tout à fait « guéri », quatre mois après l'opération.

Malgré le résultat en apparence tout à fait satisfaisant, cette observation d'agmès ne nous présente aucune valeur. L'auteur dit que le malade a eu une rétention incomplète depuis 10 ans, mais il ne dit pas quelle était cette rétention, de telle façon que nous sommes autorisés à penser qu'il s'agissait seulement d'une rétention aiguë datant depuis 24 heures, qui guérit dans la majorité des cas sans aucune intervention chirurgicale.

Les trois autres cas appartiennent à M. Mariachess. Dans son premier cas, il s'agit d'un malade qui avait la rétention complète depuis 6 jours. Malgré la sonde à demeure et le traitement méthodique fait à l'hôpital le malade ne peut pas uriner pendant trois semaines. L'examen endoscopique révèle la présence d'une hypertrophie notable du lobe moyen. M. Mariachess fait une incision avec l'instrument de Bottini. Le résultat est nul. On fait la deuxième opération dix jours après la première.

Quinze jours après cette opération le malade n'a que 50 c.c. de résidu.

Le deuxième malade atteint d'une rétention aiguë, datant depuis 14 jours, opéré par M. Mariachess est sorti complètement guéri 18 jours après la première opération (il en a subi deux). Son troisième a eu une aiguë depuis 5 jours. Après l'opération il n'avait que 60 c.c. de résidu.

Les trois cas de rétention aiguë ont donné des résultats tout à fait satisfaisants. Il est pourtant nécessaire de remarquer qu'il est rare qu'une rétention aiguë se transforme rapidement en rétention complète et qu'on ne peut pas par conséquent considérer les cas cités comme preuve d'une guérison due exclusivement à l'opération de Bottini.

Il ne faut pas oublier non plus que les deux malades de M. Mariachess n'ont pas été assez longtemps observés : l'observation du premier malade a été terminée quinze jours après l'opération et celle du deuxième dix-huit jours après l'opération. Il suffit de lire un certain

nombre des observations des malades traités par la méthode de Bottini pour voir que les récides sont extrêmement fréquentes et qu'on était obligé souvent de les opérer de nouveau.

Rétention incomplète.

Sur 35 observations, nous avons trouvé :

Dans 67 cas : guérison complète ;

Dans 6 cas : grande amélioration ;

Dans 7 cas : légère amélioration ;

Dans 15 cas : résultat nul.

Parmi 6 cas de guérison complète nous trouvons 3 cas de Bottini.

Un de ses malades qui était obligé de se sonder 5 à 6 fois par jour est complètement guéri 15 jours après l'opération.

L'autre, qui était presque en rétention complète, a été guéri et revu par Bottini dans un bon état, quatre mois après l'opération.

Son troisième malade a eu le résidu vésical de 400 c.c. Il vidait complètement sa vessie deux mois après l'opération.

Le malade opéré par Grosglück (de Varsovie) était un calculeux qui présentait surtout les symptômes de cystite, avec une rétention de 70 c.c. quelque temps après la lithotritie. L'opération de Bottini a complète-

ment guéri sa cystite. Le malade vidait sa vessie vingt jours après l'opération.

Un des malades de Simon (obs.) avait depuis trois mois une cystite intense et le résidu vésical était de 1,100 c.c. Il en était complètement guéri quatre mois après l'opération de Bottini. Son deuxième malade avait de 600-800 c. c. de résidu et une cystite grave. Il a été tout à fait guéri quatre mois après l'opération.

Frisch a obtenu aussi une guérison complète dans un cas très grave où le cathétérisme était très difficile.

Grande amélioration. — Un malade de Hanc (obs.) atteint d'une cystite et de rétention vésicale de 600 c.c. a eu sa cystite guérie et son résidu vésical notablement diminué (100 gr.)

Dans deux cas de Lohnstein (obs.) le résidu qui était de 960 et 1,000 c.c. après l'opération, n'était que de 30 et 50 c.c., dans deux autres, le résidu de 300 et 400 c. c. a diminué aussi et n'était que de 100 gr. L'auteur n'indique pas si le résultat était durable.

Morton a obtenu chez un de ses malades une diminution notable de résidu vésical.

Avant l'opération le malade avait de 12 à 16 onces de résidu, après l'opération il n'en avait qu'une once, en même temps sa cystite a été très améliorée.

Nous devons citer aussi, comme une amélioration assez grande, un cas de Grosluck où le malade, qui avait un résidu de 200 gr., était obligé de se sonder la nuit. Après deux opérations de Bottini son résidu diminua (100) et il pouvait uriner la nuit sans sonde.

Rétention complète.

Sur 20 cas de rétention complète, nous trouvons :

Dans 10 cas : la guérison complète ;

Dans 4 cas : grande amélioration ;

Dans 2 cas : résultat nul ;

Dans 3 cas : mort.

Dans cette catégorie des observations nous trouvons 5 cas qui appartiennent à Bottini et dans tous ces cas il a obtenu une guérison complète (!!). Dans deux de ces cas les malades n'ont été suivis que pendant 15 et 16 jours.

Frisch, dont les observations sont très bien prises, a opéré 5 malades atteints d'une rétention chronique complète. Trois de ses malades ont été guéris.

Dans un cas de Simon, il n'y avait pas de résidu un an après l'opération.

Frendenberg a obtenu une guérison presque complète (40 gr. de résidu), dans un cas où la castration double n'a donné aucun résultat.

Parmi les cas où on a obtenu une grande amélioration il faut citer ceux de Frisch (obs. , résidu 200 gr.), de Hanc (obs. , résidu 50 gr.), de Simon (obs. , 40 gr. de résidu et obs. , 200 gr.).

Résumons maintenant les résultats au point de vue de l'évacuation de la vessie obtenus par la méthode de Bottini.

Nous avons vu que dans trois cas de rétention aiguë on a obtenu des résultats tout à fait satisfaisants. Nous sommes obligés de remarquer que ces résultats ne présentent pour nous rien d'intéressant. Nous savons bien que les rétentions aiguës disparaissent toutes seules dans la grande majorité des cas et nous savons aussi que n'importe quelle opération est capable de donner le même résultat.

Les résultats obtenus dans les cas de rétention incomplète sont plutôt médiocres : Sur 35 cas nous trouvons 7 guérisons et 6 cas avec une grande amélioration, c'est-à-dire 35 p. 100 de résultats satisfaisants.

Nous avons vu que dans ce nombre se trouvent 3 cas avec une guérison complète opérée par Bottini. Or, il est absolument impossible de retenir les trois cas de Bottini, qui, comme il dit lui-même, a été découragé et a abandonné pendant des années sa méthode. S'il a été découragé, c'est certainement à cause des échecs, et pourtant, dans la littérature, nous ne trouvons que des cas avec des résultats excellents.

En supprimant ces trois cas, nous aurons 10 cas avec le résultat très bien, sur 32 cas de rétention incomplète, c'est-à-dire 30 p. 100.

Les résultats beaucoup meilleurs ont été obtenus dans les cas de rétention complète. Sans observations de Bottini nous aurions le résultat très bon dans 9 cas sur 15 qui ont subi l'opération de Bottini (60 p. 100).

Influence de l'opération de Bottini sur la Cystite.

Si l'opération de Bottini n'aboutit toujours à la guérison complète de la rétention vésicale, elle a au moins une grande influence sur la cystite des prostatiques. Dans la majorité des cas publiés, nous avons constaté la diminution notable des symptômes de cystite : la miction est devenue moins fréquente, le ténesme vésical, quelquefois très prononcé, a disparu complètement, l'urine est devenue claire ou moins trouble.

Danger de l'opération.

Sur 76 observations que nous avons pu réunir, deux cas de mort dûs à l'opération elle-même. Dans un cas de Frisch (obs.) il y avait une hémorrhagie interne avec une infiltration d'urine; dans le cas publié par Rydggier (obs.), le malade est mort aussi à la suite d'infiltration d'urine. Dans le premier cas où a eu l'infiltration d'urine malgré la sonde à demeure.

Mortalité post-opératoire.

La mortalité totale des opérés n'est pas élevée. Nous en avons noté 7 cas, c'est-à-dire 9 p. 100. Or, d'après les recherches de M. Motz (1) faites à la clinique de Necker, la mortalité moyenne des prostatiques hospitalisés qui n'ont subi aucune opération est de 16 p. 100.

(1) Compte-rendu du Congrès d'Urologie, 1897.

CONCLUSIONS

La résection des canaux déférents, l'angionérectomie du cordon (opération d'Albarrau, Motz), la castration double, la prostatectomie et l'opération de Bottini, ont été utilisées pour le traitement de l'hypertrophie de la prostate. Chacun de ces modes opératoires a donné un certain nombre de résultats satisfaisants.

Les opérations sur l'appareil testiculaire sont les plus bénignes et elles présentent l'avantage de ne pas immobiliser longtemps les malades.

Dans les cas graves, les seuls où une intervention chirurgicale est indispensable, on doit recourir d'abord à l'une des opérations sur l'appareil testiculaire en commençant par la résection des canaux déférents ou par l'angionérectomie. Si le résultat est nul on pratiquera la castration double, et, si celle-ci n'amène aucune amélioration, il faudra procéder à la destruction des lobes prostatiques.

Les nombreuses observations sur l'opération de Bottini, citées dans notre thèse, démontrent l'utilité et l'ino-

cuité de la destruction au galvano-cautère des lobes latéraux hypertrophiés, en présence desquels la prostatectomie du lobe moyen seul est une intervention incomplète.

La méthode de Bottini étant une opération aveugle, qui peut donner lieu à une infiltration d'urine, nous croyons que le seul mode de conduite vraiment chirurgical, dans les cas graves, est la taille hypogastrique. On détruira à ciel ouvert les lobes latéraux d'abord, le lobe moyen ensuite.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,
GUYON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

